



# Bachelorarbeit

Der Pflegeprozess – oft beschrieben nie ges(ch)ehen?

Adrian, Jörg  
Matrikelnummer: 17-663-543

Brutschi, Nicole  
Matrikelnummer: 17-663-642

Departement Gesundheit  
Institut für Pflege

Studienjahr: G.BA.PF.17 dipl.  
Eingereicht am: 12.04.2019 12:00 Uhr  
Begleitende Lehrperson: Ruhmann, Doris

**Bachelorarbeit  
Pflege**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract .....</b>	<b>4</b>
<b>1      Einleitung.....</b>	<b>5</b>
1.1      Geschichte der Pflege .....	5
1.2      Entstehung des Pflegeprozesses .....	9
1.3      Der Pflegeprozess heute .....	12
1.4      Problemstellung .....	15
<b>2      Fragestellung.....</b>	<b>18</b>
2.1      Zielsetzung.....	18
<b>3      Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>19</b>
3.1      Theoretischer Bezugsrahmen .....	19
3.2      Begriffsdefinitionen.....	20
<b>4      Methode .....</b>	<b>22</b>
4.1      Suchstrategie .....	22
4.2      Ein- und Ausschlusskriterien .....	23
4.3      Flussdiagramm der Suche .....	24
4.4      Beurteilungen der Studien.....	25
<b>5      Resultate .....</b>	<b>26</b>
5.1      Zusammenfassung der Ergebnisse.....	28
<b>6      Diskussion .....</b>	<b>34</b>
6.1      Limitationen.....	37
<b>7      Schlussfolgerungen.....</b>	<b>38</b>
7.1      Praxistransfer .....	38
7.2      Offene, weiterführende Fragen .....	39

<b>8</b>	<b>Verzeichnisse .....</b>	<b>40</b>
8.1	Literaturverzeichnis .....	40
8.2	Abbildungsverzeichnis .....	44
8.3	Tabellenverzeichnis .....	44
8.4	Abkürzungsverzeichnis .....	44
<b>9</b>	<b>Anzahl der Wörter .....</b>	<b>45</b>
<b>10</b>	<b>Danksagung.....</b>	<b>46</b>
<b>11</b>	<b>Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>47</b>
<b>12</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>48</b>
12.1	Tabellen .....	48
12.2	AICA Hilfstabellen .....	49

## **Abstract**

Die Implementierung des Pflegeprozesses ist auch gut 20 Jahre nach der Einführung in der Schweiz immer noch nicht genügend in der Praxis umgesetzt. Im Rahmen einer systematisierten Literaturrecherche mit Berücksichtigung des EBN sollten die Methoden gefunden werden, die den Pflegeprozess in der Praxis nachhaltig und konstruktiv implementieren.

Ergebnis: Wird der Erwerb von Berufserfahrung gefördert, die Fort und Weiterbildung an Erfordernisse angepasst, die Haltung der Pflegenden unterstützt und der Austausch des Pflegewissens gefördert, kann der Pflegeprozess auch nachhaltig und konstruktiv in der Praxis umgesetzt werden.

Die Suche förderte neben diesen Methoden zutage, dass die Einführung des Pflegeprozess eine internationale Schwierigkeit bildet. Ebenso betont sie, dass der Pflegeprozess für die Entwicklung der Profession der Pflege einen wichtigen Eckpfeiler darstellt.

Keywords: nursing process, Implementation, profession in nursing

# **1 Einleitung**

In der Literatur (Brobst, Brock & Georg, 2007; Doenges et al., 2014; Lunney, Börger & Georg, 2007; Mason & Attree, 1997) wird von mehreren Fachleuten für Pflege beschrieben, dass die Einführung und Umsetzung des Pflegeprozesses (PP) von Beginn an mit Herausforderungen und Schwierigkeiten von Seiten der Pflegenden behaftet war.

Viele Pflegenden verknüpfen ihr Berufsfeld damit, unmittelbar am Patienten körperliche Arbeit zu verrichten und dabei die Interventionen abzuarbeiten. Die patientenferne Arbeit von Dokumentation und Pflegeplanung wird dabei als Zeiträuber erlebt, nicht als ein Mittel um Probleme lösungs- und patientenorientiert anzugehen. (Brobst et al. 2007)

Um zu verstehen wo die Pflege heute steht, ist ein Blick in die Vergangenheit erforderlich.

## **1.1 Geschichte der Pflege**

Bereits im Zeitalter der frühen Menschheit (ca. 10'000 v. Chr.) lebten die Leute in einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Sie waren gezwungen eine Möglichkeit zu finden, ihre Gesundheitsschäden zu verhindern und zu beheben, um ihre Art zu erhalten und sich fortpflanzen zu können. Diese Menschen lebten vorwiegend als Jäger und Bauern und mussten ihre Verletzungen und Erkrankungen ähnlich wie Tiere, meist instinktiv oder reflektorisch behandeln. Wunden wurden ausgesaugt oder mit Speichel befeuchtet, Fremdkörper wurden herausgesaugt oder herausgebissen, schmerzende Stellen wurden gerieben, geknetet, gekühlt oder gewärmt. Es wird davon ausgegangen, dass die Heilung von Verletzungen ohne anschliessende Pflege nicht möglich war, und die Pflege durch die Angehörigen vorgenommen wurde. Es galt damals, dass gewisse Krankheiten als Strafen oder von Dämonen ausgelöst angesehen wurden. Besondere Zeremonien wurden zelebriert, um Krankheiten zu diagnostizieren oder therapieren. (Metzger, 1998)

Die Völker Mesopotamiens (ca. 2000 – 600 v. Chr.) waren der Annahme, dass Krankheit als Strafe der Götter für Ungehorsam angesehen wurde, gleichzeitig besaßen sie eine mathematisch orientierte Wissenschaft. Das Krankheitsgeschehen wurde durch genaue Beobachtungen der Lebensweisen der Kranken festgehalten. Um dem bereits bekannten Phänomenen der Ansteckung vorzubeugen, wurden Kranke isoliert, Wasserklosetts und Abwasserkanäle angelegt. Im alten Ägypten (ca. 2000 – 1200 v. Chr.) war der behandelnde Arzt verpflichtet, auf die Umgebung und Bedürfnisse des Kranken Rücksicht zu nehmen. Innerhalb der Familie übernahmen die Frauen und deren Nachbarinnen die Pflege der Kranken. (Metzger, 1998)

Von den Griechen (750 – 300 v. Chr.) zeugt der Äskulapstab, der bis heute als Symbol für den ärztlichen Beruf gilt und vom Gott Asklepios stammt. Viele Tempel wurden Asklepios geweiht, welche als physische und seelische Heilstätten wie auch als Ärzteschulen genutzt wurden. Neben Krankenzimmern und Operationsräumen gab es auch Badeanlagen, Fitnessräume und Theater. Die griechische Philosophie hatte einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Heilkunde. Es wurde versucht die Entstehung von Krankheiten auf der Basis von Naturgesetzen zu erklären. Die Elemente- und Säftelehre blieb unter der Bezeichnung «Humoralpathologie» bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts Grundlage der Medizin. Sie war die Grundvoraussetzung für das Handeln des Arztes und verpflichtete ihn, den Kranken genau zu beobachten. (Metzger, 1998)

Die Römer (750 v. Chr. – 500 n. Chr.) kannten zunächst keine richtigen Heilkundigen oder Ärzte wie die Griechen. Die versklavten Griechen brachten die Heilkunde ins Römische Reich. Der Arzt hatte die Pflicht möglichst schnell und angenehm zu heilen. Dabei legten sie Wert auf Diäten, Gymnastik, Baden und Wein als Heilmittel. Chronisch Kranke oder Unheilbare überliess man ihrem Schicksal. (Metzger, 1998)

Im frühen Christentum ab (30 n. Chr.) entstand ein neues Pflegeverständnis auf der Basis von Nächstenliebe, die Diakonie. Der selbstlose Dienst am hilflosen Nächsten für Gottes Lohn galt als Maxime und dieser Gedanke ist bis heute erhalten. Seit 325 n. Chr. hatten die Bischöfe die Pflicht öffentliche Krankeneinrichtungen zu gründen. (Metzger, 1998)

Im Mittelalter (500 n. Chr. – 1500 n. Chr.) entstand als neue Lebensform das gemeinschaftliche Klosterleben, hauptsächlich entlang von Pilgerstrassen, und meistens widmeten sich die Nonnen der Krankenpflege. Die Kreuzzüge (11. – 13. Jahrhundert) sollten hauptsächlich die heiligen Stätten in Palästina sowie die Pilger schützen, und den christlichen Glauben gegen die islamischen Türken, welche Jerusalem erobert hatten, verteidigen. Laut der Kirchenpolitik handelte es sich um einen «heiligen, gerechten und gottgefälligen» Krieg. Aus den Klosterschulen gingen als neue Bildungsstätten, die späteren Universitäten hervor. Die Mönche wurden an ihre geistlichen Pflichten verwiesen, für Ärzte wurde ein Staatsexamen eingeführt. Frauen wurden aus der Medizin ausgeschlossen, und konnten nur noch in der Krankenpflege tätig sein. Im gesamten Mittelalter wurde die Pflege und Behandlung der Kranken von den «weisen» Frauen oder Hebammen übernommen. Sie besaßen ein Wissen, das sie über Generationen hinweg anhäuften. Die Kirche des Spätmittelalters sah in diesen Frauen auch Teufelsanbeterinnen und Hexen, ihr Wissen ging bei den Hexenprozessen verloren. (Metzger, 1998)

Im Spätmittelalter nahm die Bevölkerung sprunghaft zu, was zu grossen Problemen in der Gesundheitsvorsorge führte. In Europa brach 1348 die Pest aus. Die Kirche und die Medizin standen der Seuche hilflos gegenüber, die Gesellschaft musste sich selbst helfen. Ab dem 14. Jahrhundert durften medizinische Behandlungen nur noch von zugelassenen Ärzten durchgeführt werden. Diese delegierten jedoch die Durchführung der Behandlung an die Pflege. Damit entstand ein Grundproblem in der Krankenversorgung, das bis heute besteht. Die unklare Begrenzung der beiden Berufsfelder der meist weiblichen Pflegepersonen gegenüber der Stellung der Ärzte, die anfänglich nur bei Bedarf gerufen wurden. Den christlichen Ärzten waren chirurgische Interventionen verboten worden, da die Kirche kein Blut vergiesst. Als wichtigste Errungenschaft der mittelalterlichen Heilkunst gelten die Hygieneregeln. (Metzger, 1998)

Ab dem 16. Jahrhundert (in der Renaissance) änderte sich die Einstellung der Menschen, dass die Erkrankung nicht mehr als Strafe Gottes anzusehen sei, sondern wurde dem Erkrankten als persönliche Schuld an Krankheiten zugewiesen. Durch Ausbruch und Ausbreitung von Syphilis wurde diese Einstellung noch verstärkt. Kranke waren wieder auf sich selbst oder ihre Familien angewiesen. Erkrankte suchten Klöster und Hospitäler auf, die durch die Kriege oft zerstört waren, und somit hoffnungslos überfüllt waren. Unter Ludwig XV. entstanden Arbeits-, Zucht- und Tollhäuser sowie weitere Einrichtungen um «Asoziale» aus den Hospitälern fernzuhalten und zur Arbeit anzuhalten. Oft wurden in diesen Institutionen die Pflege von den arbeitsfähigen Insassen übernommen. Die Motivation zur Pflege sank, Nonnen und Mönche blieben den Klöstern fern, es entstand eine Unterversorgung an Pflegekräften. In deutschen Städten wurden aus tieferen Gesellschaftsschichten Leute zum Pflegen eingestellt. Deren Interesse war jedoch gering, und sie waren oft unehrlich, unzuverlässig und desinteressiert bei der Arbeit. (Metzger, 1998)

Im 18. Und 19. Jahrhundert spitzte sich die Lage in der Gesundheitsversorgung weiterhin zu. Die Krankenpflege kam in ihre grösste Krise, die bis ins 19. Jahrhundert unverändert bestehen blieb. Durch die Ausbreitung ansteckender Krankheiten wie Malaria, Typhus, Tuberkulose und Fleckfieber erkannte die Medizin die Notwendigkeit die Bevölkerung über Prävention zu informieren. Dies geschah zum ersten Mal in der Geschichte schriftlich. (Metzger, 1998)

Auf einer Reise 1851 lernte Florence Nightingale, die aus einer gehobenen englischen Schicht stammte, die deutsche Schwesternschaft kennen und absolvierte die damals dreimonatige Ausbildung zur Krankenschwester. Nach der Ausbildung arbeitete sie in einem

gehobenen englischen Krankenhaus und später übernahm sie die Leitung der Lazarette im Krimkrieg. 1860 gründete sie in London ein Ausbildungssystem, das sich wesentlich vom deutschen System unterschied: Die Schule war unabhängig vom Krankenhaus und diente nur der Ausbildung. Die Ausbildung diente nur der stationären Krankenpflege. Die Schulleitung war eine gewählte Oberin, kein Arzt. Die Krankenpflege ist ein anerkannter, erlernter Frauenberuf ohne kirchlichen Einfluss, und dauerte 1 Jahr mit 2 Fortbildungsjahren. Die Unterrichtenden wurden bezahlt. (Metzger, 1998)

In der Industrialisierung im 19. Jahrhundert war die Schweizer Bevölkerung zu einer einschneidenden zeitlichen und örtlichen Trennung zwischen Erwerbsarbeit und Familienleben konfrontiert. Die Massenarmut war in den Jahren 1840 – 1860 am Grössten und das alte Sozialgefüge konnte keine adäquate Integration aller Gesellschaftsschichten mehr gewährleisten. Gesundheit und vernünftige Lebensführung erschienen damit als eine der höchsten sozialen Normen. Krankheit und soziales Elend erhielten das Stigma eines individuell verschuldeten Normverstosses. Durch die Revolution in der Medizin konnten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine grosse Anzahl von Krankenhausneugründungen erfolgen. Anfangs des 19. Jahrhunderts existierten zwei verschiedene Organisationstypen von Pflegepersonal: die katholischen, ordensähnlichen Kongregationen gegenüber den protestantischen, Lohnwärter\_innen-System. 1863 wurde das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) gegründet und es sollte sich in Friedenszeiten der Ausbildung von geeignetem Personal sowie die Bereitstellung der nötigen Mittel zur Pflege von Kranken und Verwundeten widmen. Ab 1903 wird das SRK eidgenössische Zentralinstanz für das Ausbildungswesen in der Krankenpflege. Verschiedene Spitäler unterhielten eigene Krankenpflegeschulen. Um 1900 wurde der «Schweizerische Krankenpflegebund» (SKB) ins Leben gerufen, bald mit dem Charakter einer eigentlichen Berufsorganisation. Die Rekrutierung von Lernenden gestaltete sich schwierig, vor allem aus den oberen Schichten, da der Beruf der Pflegerin ein sehr schlechtes Image besass. Um 1925 setzten sich SRK und SKB für Spezialisierungslehrgänge ein. Die Stellung des Arztes wurde von den Krankenpflegerinnen kaum kritisch hinterfragt. Weibliche Berufsrankenpflege bedeutete zu Beginn des 20. Jahrhunderts strenge Unterordnung und extremste Ausbeutung. Dies erklärt auch, weshalb sich nur wenige Frauen für die Erlernung des Krankenpflegeberufes interessierten. (Fritschi, 1990)

In der Schweiz herrschten von 1860 – 1930 sehr prekäre Zustände, bedingt durch neue medizinische Technologien und die Strukturierung des Gesundheitsmarktes, welche ab



1890 zum Tragen kamen. In den Jahren 1860 – 1890 dominierte die ambulante Pflege, in den Spitälern wurden hauptsächlich Arme behandelt. Von 1890 – 1914 wurden durch die neuen medizinischen Technologien die Spitäler etabliert, was die professionelle Positionierung der Ärzteschaft dazu veranlasste, verschiedene Privatkliniken zu gründen. Die Zeit von 1914 – 1930 war durch verschiedene Massnahmen geprägt, die den Gesundheitsmarkt regulieren sollten und die Konkurrenz zwischen den Spitälern eindämmten. (Joris, 2012)

In den 1950-er Jahren war der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal enorm und erreichte 1957 sein Maximum. 1956 wurde ein Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal geschaffen mit einer 54-Stundenwoche, vorher waren es über 60-Wochenarbeitsstunden. Gleichzeitig beantragte die Vereinigung Schweizerischer Krankenanstalten (VESKA, später in H+ umbenannt) die Schaffung einer neuen Berufskategorie der Spitalgehilfin, eine einjährigen Ausbildung. Der Beruf wurde 1958 reglementiert, war eher eine gehobene Hausangestellte als eine mindere Schwester. 1959 wurde die Ausbildung der Hilfspflegerin mit 1,5 – 2 Jahren Ausbildung geschaffen, der theoretische Unterricht dauerte maximal 58 Stunden. Das SRK wurde mit der Ausarbeitung der Ausbildungsprogramme beauftragt. Erst 2002 kann mit der Fachangestellten Gesundheit (FaGe) ein Berufsabschluss unmittelbar an die obligatorische Schulzeit absolviert werden; die Ausbildungen wurden unter die Aufsicht des Bundes gestellt. (Oertle & Hiedl, 2012) Der SBK wurde 1978 durch den Zusammenschluss dreier Berufsverbände gegründet. (Braunschweig, 2010) Der Personal-mangel in der Pflege ist seit dem 20. Jahrhundert ein grosses Thema und wird auch in Zukunft eine grosse Herausforderung sein. Ob die Bildungsreformen der letzten Jahre zu neuen und besseren Antworten führen, als die Schaffung von Hilfskategorien wird sich zeigen. (Oertle & Hiedl, 2012)

## **1.2 Entstehung des Pflegeprozesses**

Der Pflegeprozess wurde ab 1950 von verschiedenen Pflege-theoretiker\_innen entwickelt. 1950 begann Lydia Hall mit Hilfe der Arbeit von Carl Rogers eine Theorie zum Verhalten der Pflegenden im Umgang mit den Patienten zu entwickeln. Hierbei kamen den Pflegenden zu verschiedenen Krankheitsstadien der Erkrankten andere Aufgaben zu. In der Akutphase unterstützen Pflegenden die ärztlich Tätigen, folgten deren Anordnungen. In der folgenden Phase der Pflege sollten die Pflegenden autonom Handeln, um den im Heilungsprozess befindlichen Personen auf deren Weg zu unterstützen. In diesen Lehr- und Lernprozess war die Kommunikation sehr wichtig, damit die Betroffenen sich der eigenen

Bedürfnisse bewusst werden konnten. Pflegende als «kleine Ärzte» seien laut Lydia Hall nicht erforderlich, denn Pflege hat ein eigenständiges professionelles Feld. Der Prozess, um diese Bedürfnisse zu entdecken, war die Geburtsstunde des Pflegeprozesses. Hilfspflegerinnen waren dabei nicht erwünscht.

Ida Jean Orlando postulierte 1961, dass im Verhalten der Erkrankten ein Schrei nach Hilfe enthalten sei. Diesen aufzuspüren befähigt die Pflege die Hilfe anzubieten, die benötigt wird. Die Kommunikation war wieder von grosser Bedeutung.

Die Menschen treffen die Pflege oft über den Zugang der Medizin an. Nach Dorothea Orem wird die Pflege dort wirksam, wo Menschen aus sich selbst heraus nicht in der Lage seien, die anstehende Selbstpflege zu bewältigen. Ida Jean Orlando entwarf einen analytischen Kommunikationsprozess der helfen sollte, diesen Kern zu entdecken und den resultierenden Bedürfnissen erfolgreich zu begegnen.

Helen Yura und Mary B. Walsh stellten 1967 weiter ein Modell des Pflegeprozesses vor. Ihre Arbeiten stützten sich auf pflegetheoretische Ansätze sowie auf die Erkenntnisse aus der Systemtheorie, der Kybernetik und der Entscheidungstheorie.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte dann 1974 auf Grundlage des vierphasigen Modells von Yura und Walsh den Pflegeprozess als Bestandteil der pflegerischen Arbeit festgelegt. Er gilt heute noch als eine der wenigen weltweit etablierten Arbeitstechniken in der professionellen Pflege.

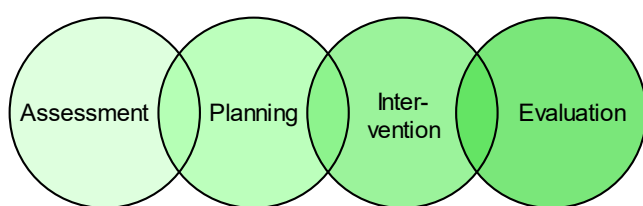


Abbildung 1: Vier-Phasen-Modell nach WHO

Das vierphasige Modell des Pflegeprozesses wurde von der WHO verwendet und propagiert (siehe Abbildung 1: Vier-Phasen-Modell nach WHO, in Schewior-Popp, Juchli & Schön, 2012). Die vier Phasen sind Pflegebedarf, Pflegeplan, Intervention und

Evaluation. Klassifizierte Pflegediagnosen können hier in der zweiten Phase eingesetzt werden, mit denen eine standardisierte Benennung des Pflegebedarfs und die Zuordnung von Pflegetätigkeiten ermöglicht wird. Das Modell erlaubt aber auch individuelle Formulierungen von Pflegeproblemen in Fällen, in denen eine Diagnosestellung nicht möglich oder nicht landesüblich ist.

1970 wurde der Pflegeprozess in Grossbritannien politisch verordnet.

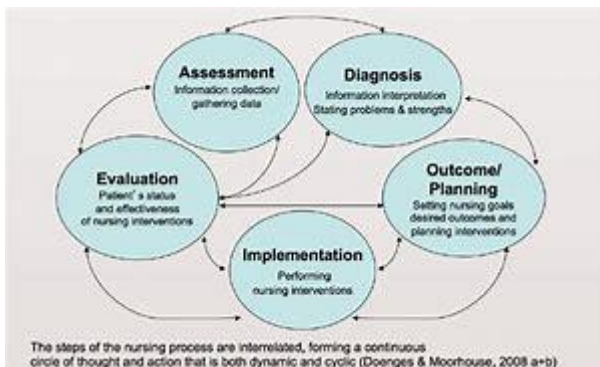


Abbildung 2: Fünf-Phasen-Modell nach NANDA

1980 definierte die American Nurse Association (ANA), dass die Pflegediagnose die menschliche Reaktion auf ein Gesundheitsproblem sei. Die Bedeutung einer eigenständigen Pflege wurde hiermit weiter hervorgehoben. Das war die Geburt der NANDA Pflegediagnosen. Abbildung 2 zeigt das fünfphasige Modell, eine von der NANDA erweiterte

Version des WHO-Modells. Es wird vorwiegend in Nordamerika angewendet und enthält als zusätzlichen Schritt nach dem Assessment die Phase der Diagnose. Aus den gewonnenen Informationen aus der ersten Stufe soll in die neu geschaffene Stufe eine Pflegediagnose aufgestellt werden. Der Zweck dieser Erweiterung war die Betonung auf die Bedeutung von fundierten Pflegediagnosen und deren Anwendung im Pflegeprozess, um so genauere Pflegemaßnahmen zu ermöglichen. Die Abrechnung und Evaluation pflegerischer Interventionen wurde erleichtert.

In Europa erfolgt die Entwicklung des Pflegeprozesses langsam, unsystematisch und nicht einheitlich. Der Pflegeprozess wurde 1985 in die Krankenpflegausbildungen in Deutschland aufgenommen. Die Pflegediagnosen nach NANDA wurden in Deutschland 1990 eingeführt. In Österreich wurde der Pflegeprozess 1997 als Bestandteil des beruflichen Handelns in das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz integriert. In Deutschland wurde der Pflegeprozess 2003 als Unterrichtsinhalt in der Altenpflegeausbildung verankert.



Abbildung 3: Sechs-Phasen-Modell nach Fiechter & Meier

In der Schweiz veröffentlichte Liliane Juchli den Pflegeprozess in ihrem Lehrbuch „Krankenpflege“ auf Grundlage von Virginia Hendersons Theorie. Verena Fiechter und Martha Meier griffen 1981 das Konzept auf und entwickelten daraus ein sechshebisches Modell, das sie als erste deutschsprachige Literatur zum Pflegeprozess (*Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis*, 1981) veröffentlichten. Der Regelkreis (siehe Abbildung 3) liegt dann vor, wenn alle Schritte des Prozesses durchlaufen wurden und die Pflegeperson bei der Überprüfung der Pflegeziele, die Wirkung der

Pflegemassnahmen festgestellt werden. Dieses Modell will einen individuell auf bestimmte Patient\_innen oder Pflegebedürftige bezogenen Pflegeplan auf Basis eines induktiven Prozesses erstellen, wobei ausgehend von den erhaltenen Informationen Rückschlüsse auf die zugrundeliegenden Pflegeprobleme erfolgen.

### **Pflegewissenschaftliche Bedeutung**

Die Dauer, Reihenfolge, Überlappung und Begriffe der einzelnen Phasen des Pflegeprozesses können variieren. Sie können trotzdem identifiziert, untersucht und analysiert werden. Im vierphasigen Modell können in der zweiten Phase Pflegediagnosen sowohl mit als auch ohne Klassifizierungssystem eingesetzt werden. Das fünfphasige Modell sieht den Einbau einer Pflegediagnose explizit vor. Das sechshephasige Modell nach Fiechter und Meier sieht durch den anderen Aufbau keine Pflegediagnosen beziehungsweise pflegewissenschaftlich basierte taxonomische Klassifikationen nach NANDA Taxonomie II, NIC oder NOC vor. Die Pflegekraft muss also die aus der Informationssammlung erkannten Pflegeprobleme eigenhändig beschreiben und entsprechende Pflegemassnahmen zuordnen. Die freien Formulierungen von Pflegediagnosen erschweren eine einheitliche Abrechnung, wie auch den Datenaustausch zwischen den Institutionen. Die Kommunikation bei einer Verlegung oder die Verwendung der Pflegedokumentation zu statistischen oder pflegewissenschaftlichen Studien ist erschwert. (Juchli, 2000)

### **1.3 Der Pflegeprozess heute**

Der Pflegeprozess heute stellt ein systematisches Problemlösungsverfahren dar, das von Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Interaktion mit Patient\_innen und / oder Familien angewendet werden kann. Mit ihm wird der Pflegebedarf beurteilt, die pflegerische Unterstützung geplant und durchgeführt, sowie ihre Wirksamkeit überprüft. Dabei ist der Pflegeprozess immer sowohl ein Beziehungsprozess als auch ein Problemlösungsprozess. Der Pflegeprozess als Beziehungsprozess ist der gesamte zwischenmenschliche Umgang zwischen der Pflegeperson und Patient\_innen. Der Pflegeprozess als Problemlösungsprozess ist auf die Beseitigung der Probleme der Patient\_innen auf der Grundlage pflegerischen Handelns ausgerichtet. (Abderhalden, 2011)

### **Sinn und Zweck des Pflegeprozesses**

Der Pflegeprozess bildet das Kernstück der professionellen Pflege. Der PP individualisiert die Pflege. Pflegegrundlagen werden transparent gemacht und sichern eine kontinuierliche Pflege. Er verbessert die Organisation der Pflege für Patient\_innen. Der Pflegeprozess

bietet die Möglichkeit die Pflege zu evaluieren. Die Effizienz kann gesteigert werden. Die Patient\_innen werden aktiv in die Pflege miteinbezogen. Der PP ist für die Pflegenden eine Rechtssicherheit und dient als Argumentationsgrundlage. Die Pflegequalität wird durch die Dokumentation überprüfbar. Der PP erleichtert die Kommunikation und vertieft das Pflegeverständnis. Die Professionalisierung wird erhöht durch den Einbezug von Wissen der Pflegewissenschaften in ein Gebiet mit Handlungsautonomie. Er ist eine wissenschaftliche, systematische, zielgerichtete, kontinuierliche, dynamische Methode der Pflege zur Problemlösung. (Abderhalden, 2011)

### **Beispiel für den Pflegeprozess anhand des Regelkreises nach Fiechter & Meier**

Der Regelkreis nach Fiechter & Meier besteht aus den sechs Schritten.

#### Assessment (Einschätzung, Informationssammlung, Pflegeanamnese)

Die Datensammlung kann direkt durch Beobachten, spontane Aussagen, Anamnesegespräche oder indirekt durch Auskunft von Drittpersonen, Aufnahmeformulare, medizinische Anamnese oder Arztberichte erfolgen. Es sollen nur pflegerelevante Daten erhoben werden. (Abderhalden, 2011)

#### Diagnose (Erkennen von Problemen und Ressourcen des Patienten)

Die gewonnenen Informationen werden gebündelt und zu einer präzisen Beurteilung pflegerisch relevanter Aspekte des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens von Patient\_innen verdichtet. Pflegediagnosen fassen zusammengehörige und miteinander in Beziehung stehende Einzelinformationen auf einer abstrakten Ebene zusammen. Die Ressourcen der Patient\_innen und / oder seines Umfeldes, welche für die Lösung der aktuellen Pflegeprobleme relevant sind, werden ermittelt. Der Experte für seine subjektiven Probleme und Ressourcen ist immer der/die Patient\_in und allenfalls seine/ihre nächsten Angehörigen. Dabei soll zwischen den aktuellen und den potenziellen Problemen unterschieden werden. Aktuelle Probleme liegen tatsächlich vor, sind beobachtbar und messbar. Potenzielle Probleme werden durch die Pflegende abgeschätzt bzw. vorhergesehen. Erkannte potenzielle Probleme können so bereits im Vorfeld verhindert und durch präventive Massnahmen entgegenwirken. Ausgehend von den gesammelten Patientendaten kann eine individuelle diagnostische Aussage formuliert werden im PES-Format (Problem-titel, Einflussfaktor, Symptom/Merkmal). (Abderhalden, 2011)

Der ursprüngliche Gedanke von Fiechter & Meier war, keine Pflegediagnose nach NANDA zu formulieren. Die Pflegeprobleme sollten individuell auf die zu Pflegenden abgestimmt

sein. Die Pflegediagnosen nach NANDA sind wissenschaftlich basiert. Diese Diagnosen können eindeutig formulieren und international ausgetauscht werden.

### Pflegeziele/Planung

Als dritter Schritt im PP werden die Pflegeziele und angestrebte Ergebnisse ausgehandelt und festgelegt. Es soll ein kollaborativer Prozess sein: Zuständige Pflegenden, Patient\_in, Angehörige und andere Mitglieder des Behandlungsteams arbeiten zusammen. Die Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar, überprüfbar und patientenorientiert sein. Die Pflegeziele können das Verhalten, Wissen, Können, Entwicklung und/oder den Zustand der Patient\_innen beschreiben, es kann auch ein messbarer Befund bezeichnet werden. Die Ziele sind so kurz und knapp wie möglich zu formulieren, aber für alle, an der Pflege Beteiligten verständlich sein. (Abderhalden, 2011)

### Pflegemassnahmen/Interventionen

Die Interventionen, mit denen die gesetzten Ziele erreicht werden sollen, werden ausgewählt. Die Planung der Pflegemassnahmen orientiert sich an den formulierten Pflegeproblemen, den Ressourcen sowie den Zielen der Patient\_innen. Die Massnahmen können als eigentliche Pflegeverordnungen, die eingehalten und kontrolliert werden müssen, betrachtet werden. Die Formulierung der Pflegeziele soll konkrete Massnahmen beschreiben, mit denen man das gesetzte Ziel am besten zu erreichen hofft oder die sich bisher für diesen Patienten als wirkungsvoll erwiesen haben. Die Art, die Quantität, die zeitlichen Abstände der Massnahmen müssen angegeben werden. (Abderhalden, 2011)

### Durchführung

Die Durchführung der Pflege, die geplanten Pflegemassnahmen werden in die Praxis umgesetzt. Die Vorgaben des Pflegeplanes sind für alle weiteren pflegerischen Handlungen verbindlich. Die Anwendungen müssen einheitlich, konstant und zielorientiert erfolgen. Pflegenden nutzen ihre Fachkompetenz, ihre Sozial- und Selbstkompetenz um Pflegemassnahmen entsprechend den formulierten Standards einer Institution umzusetzen, und sich dabei an der höchstmöglichen Evidenz zu orientieren. Im Kontext der Pflege ist evidence based nursing (EBN) wissenschaftsbasierte Pflege. EBN ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen im Arbeitsbündnis zwischen Pflegebedürftigen und professionellen Pflegenden. (Abderhalden, 2011)

## Evaluation

Die durchgeführten Massnahmen und deren Auswirkungen werden zur Erfolgskontrolle beurteilt. Die Massnahmen sollen den gewünschten Effekten bringen und es soll überprüft werden, ob das Ziel erreicht wurde. Die Evaluationsphase orientiert sich am derzeitigen Gesundheitszustand und den aktuellen Problemen/Ressourcen und Wünschen/Bedürfnissen der Patient\_innen. Unter Umständen muss der Pflegeplan an die aktuellen/veränderten Bedürfnisse angepasst werden. Die Prozessevaluation ist eine systematische Beurteilung und Bewertung pflegerischen Handelns in sämtlichen vorangegangenen Phasen des Pflegeprozesses. Die Produktevaluation erfasst, die beim Patienten erreichten Resultate nach Beendigung der Pflege. Während des Austrittsgesprächs wird mit dem Patienten überprüft, ob die erwarteten Resultate erreicht wurden. Eine unabhängige Kommission von Pflegenden evaluiert die Pflege bei Patienten nach deren Austritt zum Beispiel mittels Fragebogen. (Abderhalden, 2011)

## Dokumentation

Die Dokumentation wird im Regelkreis nicht explizit erwähnt, dennoch muss der PP nachvollziehbar und schriftlich dargelegt werden. Die Dokumentation dient der alltäglichen Kommunikation innerhalb des Pflege- und Behandlungsteams. Sie trägt zur Qualitätssicherung und Koordination der Arbeit bei. Gegenüber den Kostenträgern dient sie als Rechenschaftsbericht und im Falle von juristischen Auseinandersetzungen wird sie beigezogen. (Abderhalden, 2011)

### **1.4 Problemstellung**

Im schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (KVG Artikel 25a und 32) ist seit 1994 festgelegt, dass die Pflegeleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, und dass die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss.

Es geht dabei, um die steigenden Gesundheitskosten und den Versuch die verfügbaren Mittel nach Möglichkeit mit bester Wirkung einzusetzen.

Der Pflegeprozess wiederum ist ein wissenschaftliches Problemlösungsverfahren und bietet die Möglichkeit diesen Ansprüchen gerecht zu werden.

In ihrem Berufsalltag erleben die/der Autor\_in, dass der Pflegeprozess nicht gängige Praxis ist. Er wird von den Pflegenden als bürokratisch und notwendiges Übel erlebt.

Andererseits wird vor allem die Erfassung der Interventionen aus dem Pflegeprozess in den Einrichtungen genutzt, um die knappen personellen Ressourcen gezielter einsetzen zu können. Pflegeinterventionen werden zeitlich standardisiert erfasst, in Kliniken meist mit der Leistungserfassung in der Pflege AG (LEP AG), um das Pflegepersonal effizient einzusetzen, wie es zum Beispiel im Operationsbereich heute schon sehr gut umgesetzt ist.

Der Pflegprozess ist in diesem Fall nicht ausschliessliches Element der professionellen Pflege, sondern bietet Möglichkeiten, die Pflege in Zahlen auszudrücken und zeitlich berechenbar zu machen. Damit dieser Weg nicht zum Irrweg wird, ist ein routinierter professioneller Umgang mit dem Pflegeprozess für die Pflegenden unabwendbar. Die Hindernisse aufzuspüren und eine praktische Empfehlung für eine verbesserte Implementation sind absolut relevant.

Laut Brobst et al. (2007) (S. 15 – 16) ist aber knapp 30 Jahre nach der Einführung des Pflegeprozesses im deutschsprachigen Raum, die praktische Umsetzung in den Akutspitälern kaum Routine im pflegerischen Alltag.

In der Schweiz wird sich der Anteil der Pflegefachleute, die im Augenblick für den Pflegeprozess zuständig sind, laut OBSAN BERICHT 71 von 93.000 Beschäftigten 2014 auf 120.000 (+32%) im Jahr 2030 erhöhen. Hier ergibt sich ein wachsender Anteil der Beschäftigten, denen der Umgang mit dem Pflegeprozess nachhaltig nahegebracht werden muss.

Warum sind Pflegediagnosen nach NANDA, der zweite Schritt des Pflegeprozesses, immer noch nicht etabliert? Liegt es daran, dass im Austausch der Pflegenden immer noch die medizinischen Diagnosen zentral sind? Ist die Verwendung der eigenen Fachsprache und die Nutzung des Pflegeprozesses als Lösungsweg zu schwierig? Sind die Absolventen der Ausbildungseinrichtungen unzureichend geschult? Bleibt deshalb der Schneeball-effekt an die Kollegen/-innen aus, die ihr Diplom vor vielen Jahren in einem anderen Kontext und vielleicht in einem anderen Land erworben haben? Sind zu viele Schnittstellen durch unterschiedliche Pflegeberufe entstanden? Oder liegt es auch daran, dass es verschiedene Modelle des Pflegeprozesses gibt, welche unter den Pflegenden Verwirrung stiften?

Bei einer sich rasch verändernden gesundheitspolitischen Entwicklung beziehungsweise des finanziellen Druckes, wie es vom SBK in dessen Positionspapier *Perspektive 2020*



beschrieben wird, ist es erforderlich hier Licht ins Dunkel zu bringen. Mit dieser Bachelorarbeit soll dort aufmerksam und analytisch angesetzt werden.

## **2 Fragestellung**

Mit Hilfe der Literatur soll folgende Fragestellung beantwortet werden:

«Wie kann der Pflegeprozess nachhaltig und konstruktiv in der Praxis umgesetzt werden?»

### **2.1 Zielsetzung**

Mit der Bachelorarbeit sollen die Schwierigkeiten aufgedeckt werden, die sich bei der Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis zeigen, und somit der Praxis Möglichkeiten zur nachhaltigen Implementation des Pflegeprozesses anbieten. Dabei wird die Literatur zu Hilfe gezogen.

### 3 Theoretischer Hintergrund

#### 3.1 Theoretischer Bezugsrahmen

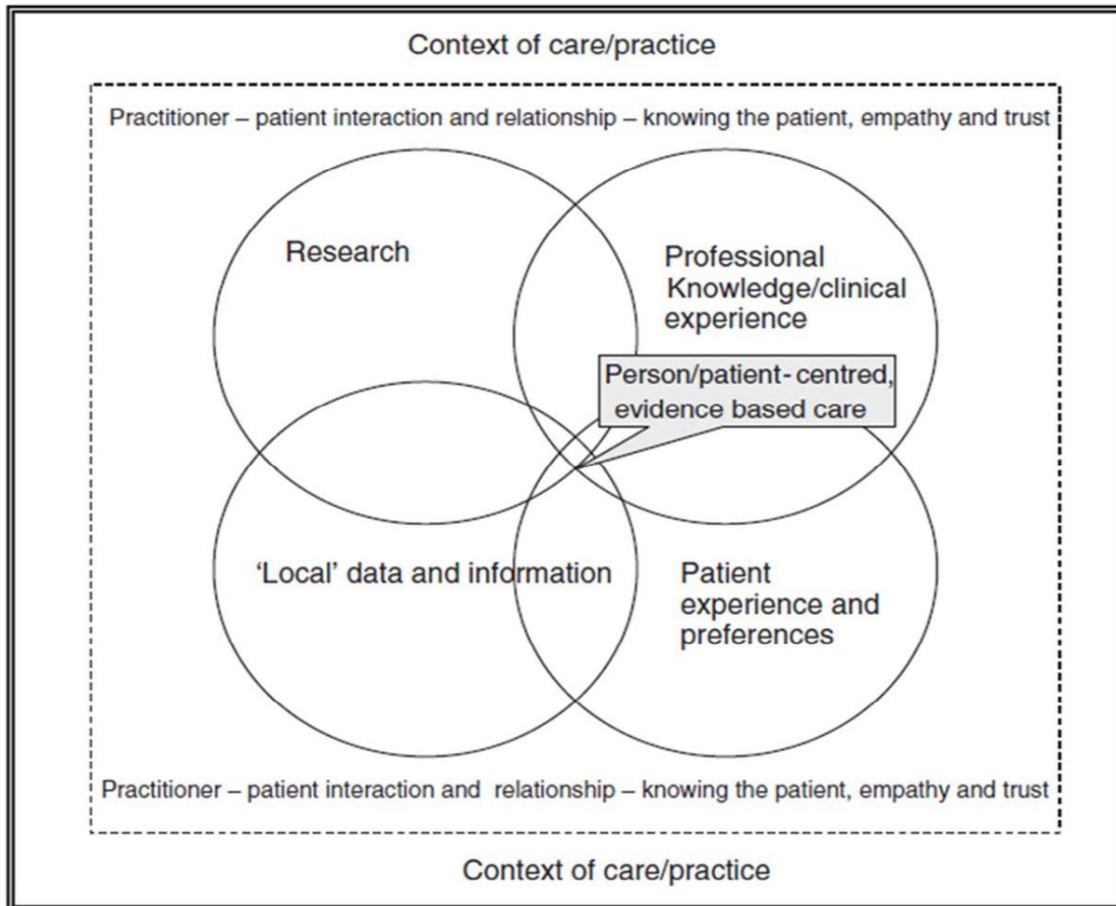


Abbildung 4: Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs*, 47(1), 81-90. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x

Der Begriff der evidenzbasierten Behandlung hat durch Rycroft-Malone (2004) auch in die professionelle Pflege Einzug gehalten. In der klinischen Praxis sind vier Bereiche als Lieferanten für Wissen vorhanden. Dieses Wissen führt zu einer bestmöglichen Behandlung, da es sowohl Forschungsergebnisse als auch Erfahrungswissen von Pflegenden und Patienten berücksichtigt. Schliesslich kommen noch die äusseren Umstände hinzu.

Dieser theoretische Rahmen kann also eine Übertragbarkeit / Anpassung in andere Umstände vereinfachen, denn er bleibt in seinem Ergebnis dynamisch. Für die Praxisempfehlung ist das sehr wertvoll.

#### Forschung

Durch Forschung wird Wissen auf Wiederholbarkeit und Gesetzmässigkeit untersucht. Es soll geklärt werden ob eine Situation als potenziell regelmässig auftritt (qualitative

Forschung) oder unter welchen Umständen dieses Ergebnis zuverlässig zu erwarten ist (quantitative Forschung). Auch liegt dem Pflegeprozess eine wissenschaftliche Haltung zu Grunde, denn Effekte von Massnahmen werden erwartet und überprüft.

### **Klinische Erfahrung der Pflegefachkraft**

Die professionelle Expertise des Einzelnen zum Wohle der behandelten Person zu nutzen, steht hier im Zentrum. Pflegende sind in der Praxis verankert, und Wissen wird auf einem Niveau des Erahnsens erworben. Berufserfahrung und Instinkt sind hier oft ausschlaggebend. Eine komplexe Situation kann schnell erfasst und eine Intervention rasch ausgewählt werden. Im Pflegeprozess kann dieses Wissen den anderen Pflegenden zugänglich gemacht werden.

### **Erfahrungen und Vorlieben der Betroffenen**

Die Pflege-theoretiker\_innen haben schon früh erkannt, dass die Lösung der gesundheitlichen Probleme in den Betroffenen ruht. Diese zu ermitteln und zu nutzen führt dann für das Individuum zum Bewältigungs- und Heilungsprozess. Die Haltung gegenüber den Professionen im Behandlungsteam ist ebenfalls wichtig. Der Pflegeprozess enthält mit der Anamnese zwischen Pflege und zu pflegenden Person genau das Mittel, dieses Wissen zu ermitteln.

### **Vorliegende Richtlinien/Ausrüstung der Einrichtung**

Die Rahmenbedingung einer Gesundheitssituation haben einen Einfluss auf die Behandlungsmöglichkeiten und verleihen dem System eine zusätzliche dynamische Komponente. Die Auseinandersetzung in den Einrichtungen mit den Umständen führen zu zusätzlichem Wissen, beispielsweise in Form von Leitlinien oder Behandlungspfaden. Pflegende nutzen diese Umstände beim Ermitteln der bestmöglichen Pflegeintervention im Prozess.

## **3.2 Begriffsdefinitionen**

In diesem Kapitel werden für die Arbeit wichtige Begriffe erläutert und definiert.

### **Definition: Pflege**

Bei Doenges et al. (2014) ist die Definition der ANA (2003) zu finden:

“...bedeutet Pflege den Schutz, die Förderung und Optimierung von Gesundheit und Fähigkeiten, das Verhindern von Krankheit und Verletzungen, das Lindern von Leiden durch Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen sowie Fürsprache in der Versorgung von Individuen, Familien, Gemeinschaften und Populationen" (S. 26)

**Definition Pflegediagnose:**

Bei Doenges et al. (2014) wird die Definition der NANDA (2010) aufgeführt:

Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Erfahrungen/Reaktionen von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potenzielle Probleme der Gesundheit im Lebensprozess. Pflegediagnosen bilden die Basis für die Wahl von Pflegeinterventionen, um Ergebnisse zu erzielen, für welche die Pflegende verantwortlich ist.

**Definition: Pflegeprozess**

Doenges et al. (2014) meinen, dass "das Sechs-Phasen-Modell nach Fiechter und Meier (1998) das im deutschsprachigen Raum meist verwendete Prozessmodell sei. Die einzelnen Phasen sind: Informationen sammeln (Anamnese), Pflegediagnosen stellen, Pflegeziele festlegen, Pflegemassnahmen planen, Pflegeinterventionen durchführen, Pflegemassnahmen evaluieren."

**Definition: Pflegepersonal**

In der Schweiz arbeiten verschiedene Pflegende mit unterschiedlichen Ausbildungsabschlüssen. In stationären Einrichtungen sind Pflegehelfer\_innen (Wochenkurse), Pflegeassistenten\_innen (einjährige Ausbildung), Fachangestellte Gesundheit (dreijährige Ausbildung auf der Sekundarstufe angesiedelt), diplomierte Pflegefachpersonen HF/FH (dreijährige Ausbildung mit und ohne Bachelorabschluss, auf der Tertiärstufe angesiedelt) bei der pflegerischen Versorgung der Patient\_innen involviert. Die Erstellung und Planung des Pflegeprozesses liegt in der Kompetenz der Pflegefachpersonen mit Ausbildungen auf der Tertiärstufe.

**Definition: Skill- und Grademix**

Skillmix beschreibt die unterschiedlichen (Berufs-) Erfahrungen und individuellen Fähigkeiten (das «Können») der Mitarbeitenden. Beim Grademix geht es um die Zusammensetzung des Personals der verschiedenen Ausbildungsniveaus.

## **4 Methode**

Die Fragestellung wurde mithilfe einer systematisierten Literaturrecherche bearbeitet. Dabei waren vor allem Forschungsstudien im EMED-Format (Einleitung, Methode, Ergebnis, Diskussion) relevant.

Ergänzend wurde auch nach Literatur in Printmedien und gebundenen Büchern gesucht.

Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limitationen und die Beurteilung der Studien wurden vorgenommen.

### **4.1 Suchstrategie**

Wissenschaftliche Publikationen wurden in den Datenbanken Pubmed und CINAHL gesucht. Die Recherchen in den genannten Datenbanken erfolgten über Keywords, wie in Tabelle 1 ersichtlich ist. Mit den Booleschen Operanden «AND» und «OR» wurden diese verknüpft, um möglichst die Studien zu identifizieren, welche für die Suche nach einer Antwort relevant sind. Bei der Verwendung von SubHeading oder MeSH Terms wurde die Relevanz im jeweiligen Zusammenhang überprüft. Waren relevante wissenschaftliche Artikel nicht frei oder über den Zugang der Hochschulbibliothek der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften zugänglich, bestand die Möglichkeit, diese im Google Scholar zu recherchieren. Ergänzend wurde auch nach Literatur in Printmedien und gebundenen Büchern gesucht, was vor allem für die Geschichte des Pflegeprozesses unerlässlich war.

Der ganze Prozess der Suchstrategie ist in Tabelle 3 im Anhang ersichtlich.

Tabelle 1: Keywords

	<b>Keyword Deutsch</b>	<b>Keywords englisch, Synonyme</b>	<b>MeSH und Sub- jects Headings</b>
<b>Herausforderung</b>	Anforderungen, Hindernisse	challenge, barrier, requirement, demands	
<b>Pflegeprozess</b>		Nursing process, care process	Nursing process [MeSH]
<b>Pflegefachleute</b>	Krankenpfleger, Krankenschwester, Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegefachperson	nurse, carer, caregivers, registered nurse, hospital nurse	Nurse [MeSH]
<b>Umsetzung</b>	Einführung, Durchsetzung	implementation, realization, execution, transfer, transposition	
<b>Akutspital</b>	Krankenhaus, Klinik	hospital, clinic, clinical, medical center	

## 4.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien: Es wurde keine Limitationen in der Region vorgenommen, auch wenn die Ergebnisse aus Afrika oder Südamerika nicht vergleichbar mit jenen aus Europa sind. Dennoch können die Studien einen grundsätzlichen Hinweis auf die Problematik enthalten und wurden miteingeschlossen.

Ausschlusskriterien: Obwohl es unter den MeSH Term «Nursing Prozess» eine grössere Anzahl an Treffern gab, wurde darauf verzichtet, da der Terminus «Nursing Prozess» für diese Arbeit und damit der zu untersuchenden Studien zentral ist, dass eine Suche in den Randgebieten irrelevant ist.

Per Handsuche wurden noch Studien aus Peerempfehlung eingeschlossen.

Die Studien wurden nach Eingrenzung in Pubmed anhand des Abstracts ausgewählt.

Eine Suche in Cinahl lieferte keine ergänzenden Studien.

### 4.3 Flussdiagramm der Suche

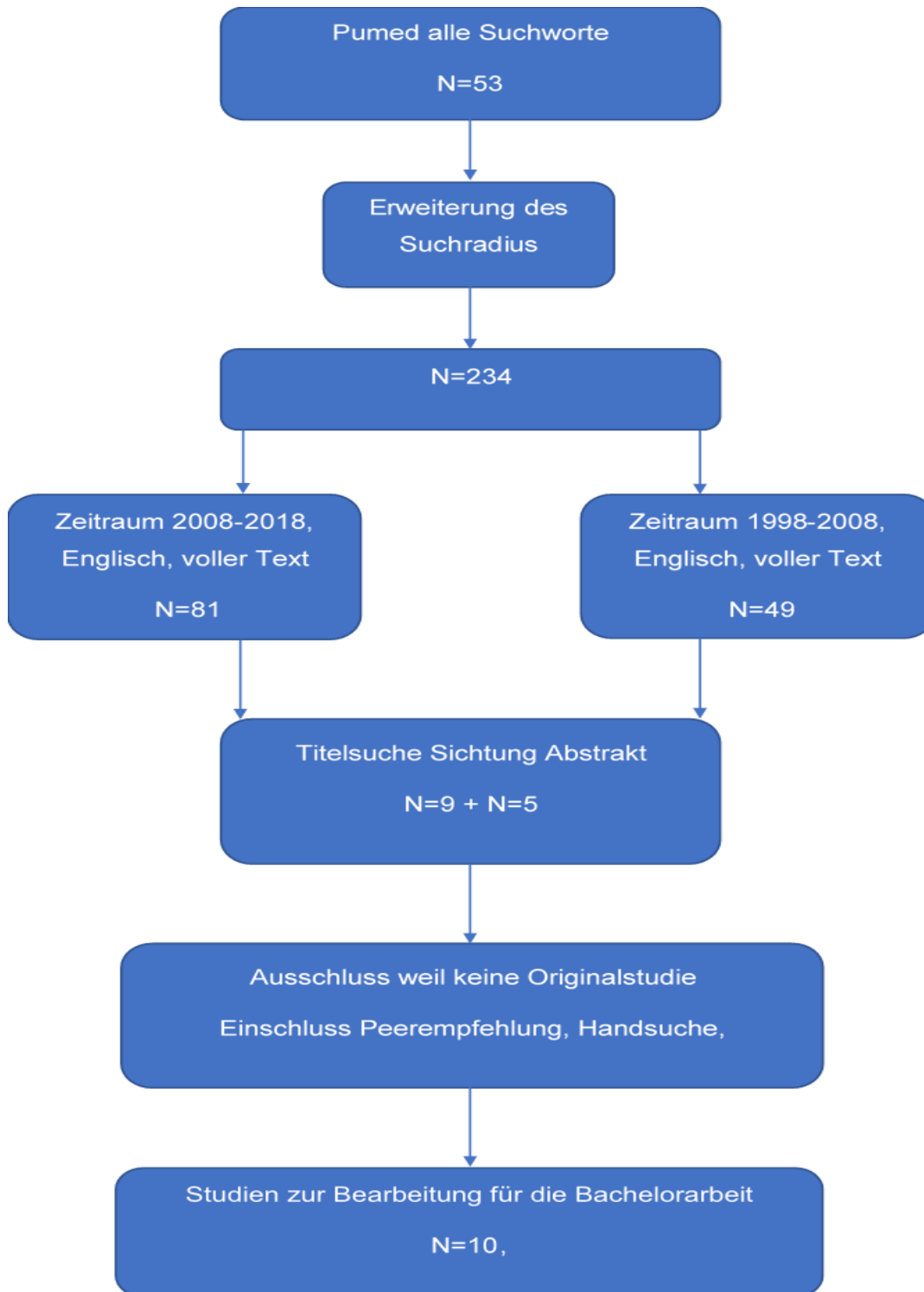


Abbildung 5: Flussdiagramm



#### **4.4 Beurteilungen der Studien**

Die Studien wurden mit dem Arbeitsinstrument AICA, welches von der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften für ein critical Appraisal eines Forschungsartikels entwickelt wurde, analysiert. Dieses Instrument enthält das Extrakt des Wissens verschiedener Autoren, den Inhalt einer Studie inhaltlich zusammenzufassen und systematisch kritisch zu würdigen. Ausserdem liefert es die Grundlagen, um die Güte der Studie zu ermitteln.

Die inhaltliche Zusammenfassung und kritische Würdigung erfolgt nach dem EMED-Muster (Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion), anhand der im Raster aufgestellten Leitfragen. Die qualitativen Gütekriterien werden unter dem Oberbegriff «Vertrauenswürdigkeit» (trustworthiness) zusammengefasst, Lincoln und Guba (1985) entwickelten vier Kriterien: Confirmability (Bestätigung), Dependability (Zuverlässigkeit), Credibility (Glaubwürdigkeit), Transferability (Übertragbarkeit). Die quantitativen Gütekriterien wurden von Bartholomeyczik (2008) entwickelt, und beziehen sich auf die Studie als Ganzes, wie auch auf die verwendeten Messinstrumente und -methoden. Sie umfassen folgende drei Kriterien: Objektivität, Reliabilität und Zuverlässigkeit, Validität und Gültigkeit. Der Evidenzlevel der Studie wurde mit der 6S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) eingereiht.

## **5 Resultate**

Die gefunden Studien werden in der folgenden Tabelle dargestellt. Es wurden sowohl qualitative Studien sowie quantitative Studien ermittelt. Die Güte der Studien bewegt sich von «sehr gut» über «gut» und «ausgewogen» bis zu «sehr schlecht».

Die Kernergebnisse der Studien sind stichpunktartig erwähnt.

Die Auflistung der Suchergebnisse erfolgt in alphabetischer Reihenfolge der Autor/-innen.

Tabelle 2: Suchergebnisse

Nr.	Titel	Referenz	Design	Kernergebnisse	Evidenzstufe	Güte
1	Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice	Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A.-C. & Randers, I. (2006), Schweden	Deskriptive qualitative Feldstudie	Pflegeprozess führt zu holistischer Patientensicht, vereinfacht Arbeit, ist berufsbildend, wird von Management beeinflusst	Stufe 1	+
2	A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia	Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gensea, H., Gezehgne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien	Quantitative Querschnittstudie	Pflegeprozess abhängig von Berufserfahrung, Weiterbildung, Rahmenbedingungen	Stufe 1	+ (-)
3	Iranian Nurses' Perceptions of Theoretical Knowledge Transfer into Clinical Practice: A Grounded Theory Approach	Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran	Grounded Theorie (qualitativ)	Lücke zwischen Theorie-Praxis, durch traditionelle Haltung verstärkt	Stufe 1	++
4	Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia	Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011), Bolivien	Aktionsforschung (qualitativ)	Weiterbildung und Rahmenbedingungen beeinflussen Implementierung des Pflegeprozesses	Stufe 1	+
5	Die Einstellung deutschsprachiger Pflegefachpersonen gegenüber dem «Advanced Nursing Process» vor und nach einer Bildungsintervention: Quasi-experimentelle Interventionsstudie	Leoni-Scheiber, C., Gothe, R. M. & Müller-Staub, M. (2016), Deutschland/Österreich	Quasiexperimentelle Interventionsstudie (quantitativ)	Schulungsinterventionen fördern Pflegediagnostik signifikant	Stufe 1	+
6	Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial.	Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008), Schweiz	Prä-Post Test Interventionsstudie (quantitativ)	Bildungsinterventionen fördern die Pflegediagnostik in der Praxis	Stufe 1	++
7	Factors that inhibit the use of nursing language	Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S. & Rabelo, E. R. (2008), Brasilien	Quantitative Querschnittstudie	Pflegeprozess wird von Rahmenbedingungen, Berufserfahrung und Bildung beeinflusst	Stufe 1	+
8	Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing?	Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P. & Rabelo, E. R. (2009), Brasilien	Retrospektive quantitative Querschnittstudie	Pflegeinterventionsverordnung noch selten	Stufe 1	--
9	Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation	Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007), Island	Prä-Post Test Interventionsstudie (quantitativ)	Einführung der standardisierten Pflegesprache verbessert Implementierung des Pflegeprozesses	Stufe 1	+
10	Identifying Barriers for Implementation of Computer Based Nursing Documentation	Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Bürkle, T. (2014), Deutschland	Deskriptive quantitative Feldstudie	Gemeinsame Pflegeterminologie und Rahmenbedingungen verbessern den Pflegeprozess	Stufe 1	+ (-)

## 5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der theoretische Bezugsrahmen bilden die vier Säulen der evidenzbasierten Pflege nach Rycroft-Malone. Die Studien wurden im Folgenden unter diesen Aspekten untersucht, um abzuleiten, wo sich die Ergebnisse treffen oder unterscheiden. Das ermöglicht die Ermittlung der praktischen Empfehlungen.

### Forschung:

Die Einleitungen der Studien beziehen sich gesamthaft auf Literatur, welche die Schwierigkeiten beschreiben den Pflegeprozess zu implementieren. Axelsson et al.<sup>1</sup>, Baraki et al.<sup>2</sup>, Cheraghi et al.<sup>3</sup>, Leoni-Scheiber et al.<sup>4</sup>, Müller-Staub et al.<sup>5</sup> sowie Pokorski et al.<sup>6</sup> verweisen auf unzureichend dokumentierte Pflegeprozesse in Europa, Afrika, Süd- und Nordamerika. Dieser Mangel müsste aber zugunsten der Pflegqualität und der Qualität des Gesundheitswesens behoben werden.

Axelsson et al.<sup>1</sup> berufen sich darauf, dass es keine früheren Studien gebe, die sich auf den Anreiz von Pflegenden konzentriert, welche Pflegediagnosen in der klinischen Praxis anwenden. Cheraghi et al.<sup>3</sup> besagen, dass sich durch belegte historische Entwicklungen trotz den Bemühungen die Qualität der Bachelor- und Master-Ausbildungen zu verbessern eine Kluft zwischen Theorie und Praxis etabliert. Leoni-Scheiber et al.<sup>7</sup> belegen, dass nach einer Interventionsschulung des ANP, die Umsetzung des PP nach wie vor als schwierig und anspruchsvoll angesehen wird. Müller-Staub et al.<sup>5</sup> verweisen darauf, dass 1980 der PP in der Schweiz erfolgreich etabliert wurde und Pflegediagnosen 1990 eingeführt wurden. Doch die diagnostische Argumentation wurde in den Ausbildungsprogrammen nicht gefördert. Paganin et al.<sup>8</sup> erwähnen, dass die Zeit seit der Diplomierung der Pflegenden einen Einfluss auf die Anwendung des Pflegeprozesses hat. Thoroddsen et al.<sup>9</sup> bestätigen, dass die Daten zur Pflegeforschung nur so reliabel und aussagekräftig ermittelt werden können. Vollmer et al.<sup>10</sup> unterstreichen die Notwendigkeit des Wandels der Sprache

---

<sup>1</sup> Axelsson, L., Björvell, C., Mattiason, A.-C., & Randers, I. (2005), Schweden

<sup>2</sup> Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezehgne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien

<sup>3</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>4</sup> Leoni-Scheiber, C., Gothe, R. M. & Müller-Staub, M. (2016), Deutschland/Österreich

<sup>5</sup> Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008). Schweiz

<sup>6</sup> Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P. & Rabelo, E. R. (2009), Brasilien

<sup>7</sup> Leoni-Scheiber, C., Gothe, R. M. & Müller-Staub, M. (2016), Deutschland/Österreich

<sup>8</sup> Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S. & Rabelo, E. R. (2008), Brasilien

<sup>9</sup> Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007), Island

<sup>10</sup> Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Bürkle, T. (2014), Deutschland

durch rechtliche Vorschriften und dem Weiterkommen der Pflege als Profession. Sie gehen bis auf die Wurzeln der Pflege nach I. J. Orlando zurück, welche bereits anfangs den 1950-er Jahren den Weg ebnete für ein computerbasiertes Pflege-Informationssystem. Im computerbasierten Bereich gibt es noch viel zu forschen, um die Pflegequalität zu verbessern und die Ressourcenplanung zu optimieren. Leoni-Scheiber et al.<sup>1</sup> führen ihre Studie auf der bekannten Ablehnung des PP beim deutschen Pflegepersonal durch.

### **Klinische Erfahrung der Pflegefachkraft:**

Wird der Blick auf die Studien mit der Brille der Pflegekräfte gerichtet, ragen einige Punkte gesamthaft hervor:

Die Grundeinstellung der Pflegenden zeigt sich hier als ein Hindernis bei der Implementierung und Umsetzung des Pflegeprozesses im pflegerischen Alltag. Baraki et al.<sup>2</sup>, Fernández-Sola et al.<sup>3</sup> Vollmer et al.<sup>4</sup> belegen einen Mangel an Motivation, die Ablehnung des Pflegeprozesses als Bürokratie oder dass, dieser einfach nicht als Teil des praktischen Wirkens der Pflegenden erlebt wird.

Auf der anderen Seite sind Axelsson et al.<sup>5</sup>, Leoni-Scheiber et al.<sup>1</sup>, Müller-Staub et al.<sup>6</sup> und Thoroddsen et al.<sup>7</sup> der Meinung, dass Pflegende, welche den Pflegeprozess einsetzen, zu einer besseren Zufriedenheit, Zusammenarbeit und kritischeren Denkweise kommen. Diese Eigenschaften führen zu einer nachhaltigeren, holistischeren Pflege.

Eine grundsätzliche Kluft zwischen der Theorie und praktischer und gelebter Pflege ist laut Cheraghi et al.<sup>8</sup> ein Hindernis der Pflegenden, um Zugang zum Pflegeprozess zu finden. Die Erwartungen an die Lösungen, die von der Theorie geliefert werden, können nicht erfüllt werden. Fernández-Sola et al.<sup>9</sup> weisen allerdings darauf hin, dass Koordination von Hospital und Universität einen förderlichen Einfluss nehmen kann.

---

<sup>1</sup> Leoni-Scheiber, C., Gothe, R. M. & Müller-Staub, M. (2016), Deutschland/Österreich

<sup>2</sup> Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezegne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien

<sup>3</sup> Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011), Bolivien

<sup>4</sup> Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Bürkle, T. (2014), Deutschland

<sup>5</sup> Axelsson, L., Björvell, C., Mattiason, A.-C., & Randers, I. (2005), Schweden

<sup>6</sup> Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008), Schweiz

<sup>7</sup> Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007), Island

<sup>8</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>9</sup> Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011), Bolivien

Die Berufserfahrung wird von Axelsson et al.<sup>1</sup>, Baraki et al.<sup>2</sup> und Paganin et al.<sup>3</sup> als förderlich genannt. Bei Cheraghi et al.<sup>4</sup> wird die Erfahrung im Beruf als hinderliches Element angesehen, um den Pflegeprozess umzusetzen. Dennoch wirkt sich der positive Einfluss der Berufserfahrung über alle betrachteten Studien als zuträglich aus.

Höhere Bildungsabschlüsse wie der Bachelortitel werden in diesem Zusammenhang noch zusätzlich als unterstützend erlebt, wie Baraki et al.<sup>5</sup> schreiben. Dabei verweisen Cheraghi et al.<sup>6</sup> darauf, dass die Kluft Theorie - Praxis so nicht zwingend überwunden werden kann. Gezielte und kontinuierliche Schulungsinterventionen, welche das kritische Denken fördern, erleichtern den Pflegenden den Zugang zur Anwendung des Pflegeprozesses, wie Fernández-Sola et al.<sup>7</sup>, Müller-Staub et al.<sup>8</sup> und Thoroddsen et al.<sup>9</sup> betonen.

Pflegende scheinen laut Cheraghi et al.<sup>10</sup> und Thoroddsen et al.<sup>11</sup> sehr mit Traditionen verbunden zu sein, was die Einführung oder Änderung von neuen Verhaltensweisen schwierig macht. Mündliche Berichterstattung wird der schriftlichen vorgezogen, wie Thoroddsen et al.<sup>12</sup> erwähnen. Cheraghi et al.<sup>13</sup> beschreiben die hierarchische Unterordnung zur Medizin. Die Entwicklung eines Selbstbewusstseins, welches für die Entwicklung der Pflege als Profession erforderlich wäre, scheint dadurch erschwert.

Axelsson et al.<sup>14</sup> verweisen aber darauf, dass Methoden, welche zum Beispiel in der Tagesstruktur oder Kommunikation als praktisch anwendbar erlebt werden, von den Pflegenden durchaus angenommen und in ihrer täglichen Arbeit integrieren. Die Pflegenden berichten sogar, dass die Anwendung des Pflegeprozesses sie dem Patienten näherbringt und somit eine individuelle, holistische Wahrnehmung fördert.

---

<sup>1</sup> Axelsson, L., Björvell, C., Mattiason, A.-C., & Randers, I. (2005), Schweden

<sup>2</sup> Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezegne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien

<sup>3</sup> Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S. & Rabelo, E. R. (2008), Brasilien

<sup>4</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>5</sup> Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezegne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien

<sup>6</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>7</sup> Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011), Bolivien

<sup>8</sup> Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008), Schweiz

<sup>9</sup> Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007), Island

<sup>10</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>11</sup> Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007), Island

<sup>12</sup> Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007), Island

<sup>13</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>14</sup> Axelsson, L., Björvell, C., Mattiason, A.-C., & Randers, I. (2005), Schweden

## **Erfahrungen und Vorlieben der Betroffenen**

Aus der Sicht des Patienten kann nichts berichtet werden. Es können nur die Reflexionen des Pflegepersonals, soweit diese befragt wurden, einbezogen werden. In der Studie von Axelsson et al.<sup>1</sup> erkennt das Pflegepersonal, dass die treffenden Pflegediagnosen die individuellen Bedürfnisse der Patient\_innen klarstellen, zudem ermöglicht es ihnen sich für spezifischere Pflegemassnahmen zu entscheiden. Die Beziehung zum Patienten wird verstärkt und gefördert, was sich positiv auf die Pflegekontinuität und Zeitersparnis auswirkt. Die Pflegenden identifizierten die Patienten als Individuum und als Ganzes. Baraki et al.<sup>2</sup> beschreiben, dass wichtige Pflegemassnahmen nicht durchgeführt werden, wenn der Pflegeprozess nicht ordnungsgemäss angewendet wird, was sich wiederum negativ auf den Genesungsprozess und Nebeneffekte auswirkt. Bei Cheraghi et al.<sup>3</sup> besteht eine Kluft im Transfer von Theorie zur Praxis, was zur Pflege mit geringer Qualität führt. Bei Fernández-Sola et al.<sup>4</sup> wird das Pflegefachpersonal immer noch als ärztliche Helfer angesehen und nicht als eigenständige Profession. Bei Paganin et al.<sup>5</sup> stimuliert der PP die Entwicklung des kritischen Denkens, was wiederum für Lösungen und Entscheidungen zugunsten der Patienten wichtig ist. Um den Patienten hohe Pflegequalität bieten zu können, muss der Pflegeprozess systematisiert werden. Vollmer et al.<sup>6</sup> sind der Meinung, dass es zur Auswertung von Daten eine standardisierte Sprache von Massnahmen und Diagnosen brauche. Dennoch bleibe es aber schwierig, das Patienten-Outcome zu ermitteln.

## **Vorliegende Richtlinien/Ausrüstung der Einrichtung:**

Natürlich haben die institutionellen Umstände einen starken Einfluss auf die Arbeit der Pflegenden und somit in der Umsetzung des Pflegeprozesses. Einige Gemeinsamkeiten konnten sich in den betrachteten Studien erkennen lassen. Die Fortbildung ist hier ein wesentlicher Faktor und sie wird bei Cheraghi et al.<sup>7</sup>, Fernández-Sola et al.<sup>8</sup>, Müller-Staub et

---

<sup>1</sup> Axelsson, L., Björvell, C., Mattiason, A.-C., & Randers, I. (2005), Schweden

<sup>2</sup> Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezegne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien

<sup>3</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>4</sup> Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011), Bolivien

<sup>5</sup> Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S. & Rabelo, E. R. (2008), Brasilien

<sup>6</sup> Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Bürkle, T. (2014), Deutschland

<sup>7</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>8</sup> Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011), Bolivien

al.<sup>1</sup> und Vollmer et al.<sup>2</sup> erwähnt. Die Fortbildung muss demnach grundsätzlich, kontinuierlich und strukturiert stattfinden. Der Pflegeprozess ist ein Wissensfeld, was sich nicht zwingend mit dem Abschluss der Ausbildung etablierte, wie Müller Staub et al.<sup>3</sup> erwähnen. Vor allem die diagnostischen Fähigkeiten werden erst mit der Zeit und Erfahrung erworben.

Die Kompetenz der Ausbilder sind nach Cheraghi et al.<sup>4</sup> und Müller-Staub et al.<sup>5</sup> ein zentraler Einflussfaktor, wobei die Ausbilder sowohl fachliche als auch methodische Kompetenzen vereinen müssen, da sie eine grosse Vorbildfunktion aufweisen. Dann gilt es noch, die personelle Situation in der Pflege in den Einrichtungen zu achten.

In der Pflege ist eine hohe Personalfuktuation zu erleben, wie sie von Baraki et al. <sup>6</sup> beschrieben wird. Dies sollte von den Instituten berücksichtigt werden, damit sich alle Mitarbeitenden ins System einfinden können. Die Schaffung von einheitlichen, stations- und hausübergreifenden Systemen (chirurgische, medizinische wie auch intensivmedizinische Abteilungen, usw.) und Standards durch eine Pflegeplanungseinheit sind dabei laut Baraki et al.<sup>7</sup> hilfreiche Instrumente.

Der Pflegeprozess mit dem holistischen Ansatz lässt sich kaum mit einem unausgeglichene Verhältnis Pflegende – Patient\_innen herstellen wie es bei Baraki et al.<sup>8</sup>, Fernández-Sola et al.<sup>9</sup> und Paganin et al.<sup>10</sup>, beschrieben ist. Institute haben mit ihrer Personalpolitik einen starken Einfluss auf die Qualität des Pflegeprozesses. Ein weniger an Personal geht stets zu Lasten der Pflegequalität.

Die Spitäler und ihre Pflegende sehen sich schliesslich noch einer dokumentarischen Herausforderung gegenüber. Die Implementation durch elektronische Hilfsmittel ist indiziert und international gefordert, wie Axelsson et al.<sup>11</sup>, Müller-Staub et al.<sup>12</sup>, Thoroddsen et al.<sup>13</sup> und Vollmers et al.<sup>14</sup> erwähnen, denn die papierene Dokumentation ist ressourcen- und

---

<sup>1</sup> Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008), Schweiz

<sup>2</sup> Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Bürkle, T. (2014), Deutschland

<sup>3</sup> Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008), Schweiz

<sup>4</sup> Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007), Iran

<sup>5</sup> Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008), Schweiz

<sup>6</sup> Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezegne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien

<sup>7</sup> Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezegne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien

<sup>8</sup> Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezegne, D. & Teklay, H. (2017), Äthiopien

<sup>9</sup> Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011), Bolivien

<sup>10</sup> Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S. & Rabelo, E. R. (2008), Brasilien

<sup>11</sup> Axelsson, L., Björvell, C., Mattiason, A.-C., & Randers, I. (2005), Schweden

<sup>12</sup> Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008), Schweiz

<sup>13</sup> Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007), Island

<sup>14</sup> Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Bürkle, T. (2014), Deutschland



personalintensiver und kann kaum zur wissenschaftlichen Auswertung herangezogen werden.

Der Pflegeprozess mit seiner standardisierten Sprache bietet sich dabei als binäre Ausdrucksform an. Thoroddsen et al.<sup>1</sup> empfehlen dass, idealerweise von der Einführung der standardisierten Pflegeplanung in die elektronische Erfassung übergehen sollte. Die gleichzeitige Einführung beider Systeme, würde dagegen ein sehr komplexes Unterfangen darstellen.

---

<sup>1</sup> Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007), Island

## 6 Diskussion

Mit der Fragestellung «Wie kann der Pflegeprozess nachhaltig und konstruktiv in der Praxis umgesetzt werden?» möchten wir die Ergebnisse diskutieren.

Durch die systematisierte Literaturrecherche konnten die Themen differenziert werden, welche einen Einfluss auf die Implementierung des Pflegeprozesses im pflegerischen Alltag nehmen.

Wird der Erwerb von Berufserfahrung gefördert, die Fort- und Weiterbildung an Erfordernisse angepasst, die Haltung der Pflegenden unterstützt und der Austausch des Pflegewissens gefördert, kann der Pflegeprozess auch nachhaltig und konstruktiv in der Praxis umgesetzt werden.

### **Berufserfahrung**

Die Pflege ist ein Berufsfeld, in denen es viele Berufsabgänger\_innen gibt, wie das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in ihrem OBSAN Bericht 71 (2016) (Seite 76) schreibt. Beinahe die Hälfte (45.9%) seien 2013 aus dem Beruf wieder ausgetreten. Wie der SBK mitteilt, bleiben Pflegefachpersonen durchschnittlich rund 15 von möglichen 40 Jahren im Beruf. Dabei ist zu bedenken, falls es gelänge, die mittlere Berufsverweildauer, um ein Jahr zu verlängern, könne der Nachwuchsbedarf um 5 – 10 % gesenkt werden. (SBK, 2011)

Die kurze Berufsverweildauer hat wahrscheinlich multiple Gründe, vor allem sind viele Frauen in diesem Beruf tätig, welche die Berufstätigkeit zu Gunsten der Gründung und Versorgung einer Familie aufgeben oder pausieren.

Die Fähigkeiten im pflegediagnostischen Prozess werden aber gemäss den Ergebnissen der Studien erst mit der Zeit entwickelt. Eine kurze Verweildauer in dem Beruf behindert also die Entwicklung der pflegediagnostischen Fähigkeiten. Diese scheint in der Schweiz vorzuliegen.

### **Fort und Weiterbildung**

Zwischen Theorie und Praxis besteht eine Lücke. Im Fall der Pflege ist sie allerdings erweitert, weil die Erkenntnisse der Forschung kaum im pflegerischen Alltag Anwendung finden, wie die Studien gezeigt haben. Die Entwicklung der Akademisierung scheint naheliegend, um diese Lücke zu schliessen. Es existieren in der Schweiz Weiterbildungsangebote zu Bachelor- und Masterabschlüssen in der Pflege.

Die Konferenz der Hochschulrektoren hatte sich mit dem Projekt «Abschlusskompetenz» (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009) dafür ausgesprochen, Pflegefachleute gesamtschweizerisch als Bachelor auszubilden.

Im Jahr 2014 haben 20 Personen den Studiengang Master of Science in Nursing abgeschlossen, wobei diese Ausbildung formal nicht zu einem Beruf der APN führt. Zudem wird die Entwicklung des Berufes der APN in der Schweiz durch das Fehlen eines finanziellen und rechtlichen Rahmens deutlich erschwert. (Künzi, Jäggi et al., 2013)

In der Schweiz lag 2011 der Anteil der Pflegefachleute mit Bachelorausbildung in der Romandie bei 100%, im Tessin bei 40% und lediglich 5-10% in der Deutschschweiz. (SBK, 2011)

Zwischen 2010/11 und 2014 hat sich zudem der Grademix der Pflegeberufe in der Schweiz leicht verändert. Insgesamt ist der Anteil der Pflegepersonen der Tertiärstufe von 52,2% auf 50,8% zurückgegangen. Pflegepersonen der Sekundarstufe II und ohne formale Ausbildung wiederum haben von 27,5% auf 28,4% bzw. von 20,3% auf 20,7% zugenommen. Dadurch dass die Tertiärstufe für den Pflegprozess zuständig ist, kann so eine Schwierigkeit bei der weiteren Implementierung des Pflegeprozesses erwartet werden. (SBK, 2011)

Als Beispiel sei hier das Kantonsspital Graubünden erwähnt, das seinen neu eingestellten Pflegefachpersonen einen ganzen Tag Schulung im Pflegediagnostischen Prozess zu kommen lässt. Mit der Einschränkung, dass alle zwei bis drei Jahre ein Aufbaukurs folgt, welcher einen halben Tag dauert. Allerdings ist der Aufbaukurs keine Pflicht-Weiterbildung und wird dementsprechend wenig genutzt. Das Kantonsspital St. Gallen bietet in seinem Weiterbildungsangebot 2019 des Departements Pflege keine entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung an, obwohl die Weiterbildungs-Broschüre 92 Seiten umfasst. Der SBK der Sektion SG TG AR AI bietet in einem Wiedereinstiegskurs in die Pflege drei Tage in einem Modul über Gesundheits- und Bildungspolitik sowie über den Pflegeprozess und Aspekte von Evidence Based Nursing. Dabei liegt ein grosser Schwerpunkt bei der Pflegeanamnese und in der Anwendung von Assessmentinstrumenten.

### **Haltung der Pflegenden**

Tatsächlich bestätigen die Ergebnisse die Vermutung aus der Einleitung. Die Pflegenden erleben den Pflegeprozess als bürokratisch, zeitaufwendig und nicht dienlich für ihren Beruf.

Laut SBK (2011) belegen Forschungsergebnisse, dass Pflegefachpersonen vor allem intrinsisch motiviert sind, das heisst sie wollen ihre Arbeit gut machen, also die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten gut pflegen. Die betrachteten Studien legen nahe dass dann eine Zugewandtheit zum Pflegeprozess entwickeln kann, wenn die Vorteile erlebt werden können. Das Verständnis der Zusammenhänge wie es das Curriculum der Bachelorstudierenden in der Schweiz vorsieht ist der erforderliche Brückenschlag. (Ledergerber et al., 2009)

Auch in der Schweiz steht die Medizin im Berufsfeld Pflege im Vordergrund. Fachpflege-disziplinen differenzieren sich oft parallel nach den medizinischen Disziplinen. Die genutzte Fachsprache ist jene der Medizin, eine eigene Fachsprache wird kaum kultiviert und somit nicht weiterentwickelt. Die notwendigen Kompetenzen könnten wieder aus der akademisierten Ausbildung kommen.

Ein Vergleich mit der Pyramide nach Maslow (Maslow, 1943) weist möglicherweise auch noch auf einen Aspekt hin, der die Haltung der Pflegenden beeinflusst. Die Unsicherheit um eine sichere Arbeitsstelle ist aktuell Bestandteil dieses Berufes. Die Erfordernisse, wirtschaftlich zu agieren, haben mit der Einführung der Fallpauschale (SwissDRG) ein Umfeld geschaffen, in dem diese existenziellen Bedürfnisse der Pflegenden kaum Rechnung getragen wird. Möglicherweise ist hier auch ein Grund dafür zu sehen, der die Pflegenden an ihren Arbeitsplätzen hindert, das Thema der Implementation des Pflegeprozesses aktiv anzugehen.

### **Austausch des Pflegewissens**

Die Auseinandersetzung mit dem Thema macht bewusst, wie sehr der Pflegeprozess mit der Entwicklung zur Profession verbunden ist. Der Pflegeprozess kann die Daten liefern, wenn er standardisiert durchgeführt wird; um die Pflegeinterventionen in der Forschung zu identifizieren, die für bestimmte Pflegesituationen am besten geeignet sind. Hier können also einzelne Pflegende über die Stationen hinaus, an der Entwicklung der professionellen Pflege teilhaben. Die Sicht auf diese Dinge muss für die Pflegenden verdeutlicht werden. Den Pflegeprozess weiterzugeben, ihn anzunehmen, damit sich die Pflege weiterhin auf dem Niveau der evidenzbasierten Wissenschaft bewegen kann. Schnittstellen für solche Aufgaben sind die Mitarbeitenden, denen wissenschaftliche Methoden nahegebracht wurden.

## 6.1 Limitationen

Die Studien für diese systematisierte Literaturrecherche haben anteilig qualitatives und quantitatives Design. Das bietet Vor- und Nachteile. Die Erfahrung und Gefühle der Pflegenden sind für die Beantwortung der Frage sehr wichtig und eignen sich sehr gut für qualitative Studien. Die Verallgemeinerung der Ergebnisse ist jedoch nicht unproblematisch, weil sie ja nur Ausschnitte darstellen und die statistische Signifikanz für einzelne Interventionen nicht daraus ermittelt werden kann.

Glücklicherweise konnten die Ergebnisse der gewählten qualitativen Studien die Ansätze der quantitativen Studien stützen.

Das Ausmass der ermittelten Studien war für eine sinnvolle Arbeit mit der Einschränkung auf Europa kaum durchführbar, es wurden mit den vorhandenen Mitteln zu wenige identifiziert. Auch das macht die Ableitung der Allgemeingültigkeit schwierig. Die Auseinandersetzung mit dem Thema hat aber auch Randinformationen hervorgebracht und weist darauf hin, dass das Problem über die Landesgrenzen und verschiedensten Gesundheitssysteme weltweit existiert. Wie bei Mason & Attree, (1997) zu lesen ist, scheint dieses Problem den Pflegeprozess zu begleiten wo immer er implementiert wird. Die Ergebnisse in anderen Systemen sind deshalb möglicherweise nützlich, weil auch das Problem international ist.

Zuletzt muss darauf hingewiesen werden, dass die Suche nach Literatur nur wenige Studien identifiziert hat, die weniger als 10 Jahre alt waren. Es gilt zu bedenken, dass in diesem Zeitraum die Akademisierung in der Pflege Bachelor- und Masterabschlüsse hervorgebracht hat, und Advanced Practice Nurse dabei sind neue Wirkfelder der Pflegenden zu entwickeln. Die Auswirkung dieser Entwicklung konnte deshalb in dieser Arbeit nicht ausreichend berücksichtigt werden.

## **7 Schlussfolgerungen**

### **7.1 Praxistransfer**

#### **Empfehlung für die Praxis**

Die Ergebnisse machen darauf aufmerksam, dass die Implementierung des Pflegeprozesses in der Praxis stark mit der Aus- und Weiterbildung verknüpft ist. Da die Pflegediagnostik ein komplexes Verfahren ist, bietet sich für die Pflegenden ein regelmässiger Austausch an, zum Beispiel in Form von Fallbesprechungen, wie sie in der Studie von Müller Staub, Needham, Odenbreit, Lavin & Achterberg, (2008) beschrieben werden. Ebenso sollten die Institute fixe Weiterbildungen zum Pflegeprozess anbieten, wie es heute schon bei Pflichtfortbildungen für Reanimation und Brandschutz üblich sind.

Eine Vereinheitlichung auf ein Modell des Pflegeprozesses, mit standardisierten Pflegediagnosen wäre wünschenswert. Eine Diagnostik nach NANDA ist empfehlenswert, da sie ein standardisiertes Verfahren aufweist. Der internationale Austausch wird erleichtert, und bietet eine Basis für Forschungsarbeiten.

Auch müssen die Ausbildungsprogramme der Pflegenden in dieser Hinsicht angepasst werden. Der Pflegeprozess sollte wie ein roter Faden durch die Ausbildung führen, um die Studienabgänger\_innen mit einem grundsätzlichen Rüstzeug auszustatten. Die Pflege soll dabei im Vordergrund stehen, die Medizin wäre die Begleitung dazu. Die von der Rektorenkonferenz 2009 (Ledergerber et al., 2009) geforderte schweizweit einheitliche Bachelorausbildung in der Pflege ist dafür der richtige Ansatz. Aktuell sieht sich vor allem die Deutschschweiz mit einer unzureichenden Deckung mit Bachelor-Absolvent\_innen konfrontiert. Die Diplomierten Pflegefachleute HF sollten deshalb vereinfacht ihre Kompetenzen erweitern können. Die Angebote müssen weiter verbessert und ausgebaut werden. Die diplomierten Kolleg\_innen der höheren Fachschule haben als wichtige Ressource Berufserfahrung, welche in dieser Arbeit als förderliche Eigenschaft identifiziert werden konnte.

Die Verbindung zwischen Forschung und Praxis muss weiter intensiviert werden. Pflegenden auf Bachelorstufe bieten die notwendigen Schnittstellen dazu. Der sich schliessende Kreis von Forschung und Praxis muss erkennbar werden. Es muss aufgezeigt werden, wann die Forschung bei praktischen Problemen helfen kann, und wie die Erkenntnisse aus der Praxis zurück in die Forschung gegeben werden können. Als mögliche Kontaktstelle bietet sich das Alumni-Netzwerk der zhaw an.

Dafür benötigt es eine stärkere Vernetzung der Praxis mit der Theorie. Die Entwicklung von Forschung ist ein Fortschritt in der Weiterentwicklung Profession.

## **7.2 Offene, weiterführende Fragen**

Eine Empfehlung für die Forschung wäre es zu ermitteln, wie eine ausgeglichene Zusammensetzung in den verschiedensten Abteilungen mit diplomierten Pflegenden FH, diplomierten Pflegenden HF und FaGe's aussehen könnte. Die Pflege wird auch weiterhin ein Bereich sein, in dem nicht beliebig viele Personen mit unterschiedlichen Kompetenzen bereitstehen. Deshalb sollten die Mittel und Ressourcen der Ausbildungseinrichtungen optimal genutzt werden.

Eine weitere Frage an die Forschung bestünde darin, wie die Leistungen der Pflege ebenfalls abrechnungsrelevant im Sinne der SwissDRG erfasst werden könnte, um so die Pflegenden vom personalintensiven Kostenfaktor zu einem Leistungserbringer zu machen.

Ebenso von Interesse wäre der aktuelle Einfluss, der in der Schweiz arbeitenden Bachelor- und Masterabsolvent\_innen auf den Pflegeprozess.

## 8 Verzeichnisse

### 8.1 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C. (2011). Der Pflegeprozess. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Eds.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (pp. 347–378). Bern: Verlag Hans Huber
- Axselsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A.-C. & Randers, I. (2005). Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 936-945. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01459.x>
- Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerensea, H., Gezehgne, D. & Teklay, H. (2017). A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. *BMC nursing*, 16, 54. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0248-9>
- Braunschweig, S., Francillon, D., (2010) *Professionelle Werte pflegen. 100 Jahre Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). Mit einem Vorwort von Doris Leuthard*. Zürich: Chronos
- Brobst, R. A., Brock, E. & Georg, J. (Hrsg.). (2007). *Der Pflegeprozess in der Praxis* (Pflegeprozess) (2., vollständig überarbeitet und aktualisierte Auflage). Bern: Huber
- Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007). Iranian nurses' perceptions of theoretical knowledge transfer into clinical practice: a grounded theory approach. *Nursing & health sciences*, 9 (3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00329.x>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., Murr, A. C. (2014) *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen* (5. Auflage). Bern: Huber
- Fernandez-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sanchez, A. M. & Perez Galdeano, A. (2011). Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia.



*International Nursing Review*, 58 (3), 392–399. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00884.x>

Fiechter, Verena & Meier, Martha (1981) *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis*. Basel: Recom

Fritschi, Alfred (1990) *Schwesterntum. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenpflege in der Schweiz 1850 – 1930*. Zürich: Chronos

Joris, E. (2012) Zusammenfassung und Übersetzung von «Nouvelles technologies médicales et structuration du marché des soins à Genève (1860 – 1930)». *traverse* 2012/2. Zürich: Chronos

Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe, 28.

Leoni-Scheiber, C., Gothe, R. M. & Müller-Staub, M. (2016). Die Einstellung deutschsprachiger Pflegefachpersonen gegenüber dem «Advanced Nursing Process» vor und nach einer Bildungsintervention: Quasi-experimentelle Interventionsstudie. *Pflege*, 29 (1), 33-42. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000466>

Lunney, M., Börger, H. & Georg, J. (2007). *Arbeitsbuch Pflegediagnostik: pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess ; Fallstudien und -analysen* (Pflegeprozess, Pflegediagnosen) (1. Auflage). Bern: Huber.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

Mason, G. M. & Attree, M. (1997). The relationship between research and the nursing process in clinical practice. *Journal of advanced nursing*, 26(5), 1045–1049.

Metzger, Martina; Zielke-Nadkarni, Andrea, (1998) *Von der Heilerin zu Pflegekraft. Geschichte der Pflege*. Stuttgart: Thieme

- Müller Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008). Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 291–301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04700.x>
- Oertle, C., Hiedl, A. (2012) Wenn es an Pflegepersonal mangelt. Bildungs- und gesundheitspolitische Massnahmen in den 1950-er und 60er-Jahren. *traverse* 2012/2. Zürich: Chronos
- Paganin, A., Moraes, M. A., Pokorski, S. & Rabelo, E. R. (2008). Factors that inhibit the use of nursing language. *International journal of nursing terminologies and classifications: the official journal of NANDA International*, 19(4), 150–157. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2008.00103.x>
- Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P. & Rabelo, E. R. (2009). Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (3), 302 – 307. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000300004&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300004&lng=en&tlng=en)
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Schewior-Popp, S., Juchli, L. & Schön, J. (Hrsg.). (2012). *Thiemes Pflege: das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung ; [Lernkontrollfragen und Pflegeplanungen auf CD-ROM]* (12., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI (2011) Professionelle Pflege Schweiz Perspektive 2020. Positionspapier des Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

- Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1826–1838. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01836.x>
- Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Burkle, T. (2014). Identifying barriers for implementation of computer based nursing documentation. *Studies in health technology and informatics*, 201, 94–101.
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (zhaw) (2015) Ris, I. & Preusse-Bleuler, B.: Schulungsunterlagen aus Unterricht zu Forschung in den Interprofessionellen Modulen und den Pflegeforschungsmodulen der Bachelorstudiengänge im Departement Gesundheit ZHAW: «AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels».

## 8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vier-Phasen-Modell nach WHO .....	10
Abbildung 2: Fünf-Phasen-Modell nach NANDA .....	11
Abbildung 3: Sechs-Phasen-Modell nach Fiechter & Meier .....	11
Abbildung 4: Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? J Adv Nurs, 47(1), 81-90. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x.....	19
Abbildung 5: Flussdiagramm .....	24

## 8.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords .....	23
Tabelle 2: <i>Suchergebnisse</i> .....	27
Tabelle 3: Suchstrategien .....	48

## 8.4 Abkürzungsverzeichnis

AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels
ANA	American Nurses Association
FaGe	Fachangestellte Gesundheit
LEP AG	Leistungserfassung in der Pflege AG
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
PD	Pflegediagnose
PP	Pflegeprozess
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SKB	Schweizerische Krankenpflegebund
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SwissDRG	Fallpauschale (Swiss Diagnosis Related Group)
VESKA	Vereinigung Schweizerischer Krankenanstalten
zhaw	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

## **9      Anzahl der Wörter**

Abstract: 124

Bachelor-Arbeit: 7884

(ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, Tabellen, Abbildungen,  
Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang)

## 10 Danksagung


Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen, die uns beim Erstellen dieser Arbeit unterstützten.

Für die gute Begleitung, fachliche Unterstützung und die motivierenden Gespräche sowie die sehr angenehme Zusammenarbeit mit unserer Dozentin, Frau Doris Ruhmann, bedanken wir uns ausgiebig.

Ebenso danken wir unseren Familien (unter anderen meiner Frau, Britta Adrian) und Freunden, die uns beim Erreichen unserer Ziele in verschiedenen Aspekten unserer Bachelorarbeit mit Rat und Tat zur Seite standen.

Wir möchten es nicht unterlassen, unseren Korrekturleser für die tolle Arbeit und konstruktiven Tipps zu danken.

Vielen lieben Dank auch an alle, welche wir hier nicht namentlich erwähnt haben!

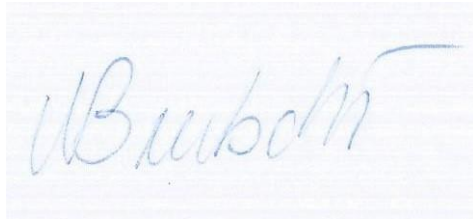
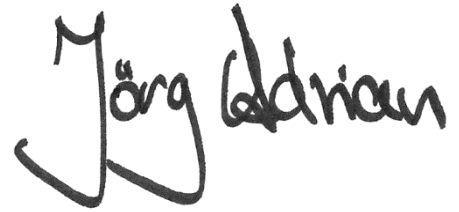
Danke! 

## 11 Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit selbständig ohne Mithilfe von Drittpersonen und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Datum: 10.04.2019

Unterschriften:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'N. Brutschi', on a light blue background.A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jörg Adrian', on a white background.

## 12 Anhang

### 12.1 Tabellen

Tabelle 3: Suchstrategien

Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen, Limits)	# Hits	# Abstract gesichtet
<b>PUPMED 30.09.2018</b>		
implementation OR relization OR execution OR transfer OR transposition	723246	
requirement* OR demand* OR challeng* OR barrier*	729291	
«nursing process»	8072	
hospital OR clinic OR clinical	7476350	
nurse*	385844	
(((((implementation OR realization OR execution OR transfer OR transposition))) AND (requirement* OR demand* OR chal- leng* OR barrier*)) AND „Nursing process“) AND nurse*) AND (Hospital OR clinic OR clinical)	53	
(((((implementation OR realization OR execution OR transfer OR transposition))) AND „nursing process“) AND (hospital OR clinic OR clinical)) AND nurse*	234	
Limits : 10 years, english, full text	81	9
Wenige Studien zum Thema nursing process und implementa- tion gefunden. Vor allem kaum aus Europa, deshalb Fokus mehr als 10 Jahre zurück (1998 – 2008)	49	5
1998 – 1998	23	
<b>CINAHL 30.09.2018</b>		
Implementation OR realization OR execution OR transfer OR transposition	129797	
nursing process	8091	
hospital OR clinic OR clinical	1251819	
nurse*	437124	
(((((implementation or realization or execution or transfer or transposition))) AND „Nursing process“) AND (Hospital or clinic or clinical)) AND nurse*	379	
limits : 10 years, language english, full text	51	
2018 – 2008	45	3
2007 – 1998	5	



## 12.2 AICA Hilfstabellen

**Zusammenfassung der Studie: Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A.-C. & Randers, I. (2006) Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. Journal of Clinical Nursing 15, 936-945. DOI 10.1111/j.1365-2702-2006.01459.x**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es handelt sich um kein Phänomen, und kann somit nicht beschrieben werden. Die Studie hat zum Zweck, die Motivation des Pflegepersonals für die Anwendung des Pflegeprozesses im klinischen Alltag zu beschreiben. In dieser Studie wird der Frage nachgegangen, was Pflegefachpersonen anreizt, um den Pflegeprozess im beruflichen Alltag einzusetzen. In Schweden ist die Anwendung des Pflegeprozesses in den Patientendokumentationen selten. Dennoch gibt es Klinikstationen, in denen alle Pflegefachpersonen Pflegediagnosen formulieren und den Pflegeprozess in ihrer täglichen Arbeit umsetzen. Dies führt zur Frage, was motiviert diese Pflegefachpersonen den Pflegeprozess anzuwenden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es handelt sich um ein qualitativ-deskriptives Design.</li> <li>• Eine zielgerichtete Stichprobe von 12 Pflegefachpersonen wird gezogen</li> <li>• Es handelt sich um schwedische Pflegefachpersonen, die den Pflegeprozess in der täglichen Arbeit einsetzen (sollten).</li> <li>• Aus drei Stationen wurden 12 Pflegefachpersonen, welche die Kriterien erfüllten und einwilligten an der Studie teilzunehmen, gezogen. Die Teilnehmenden hatten zwischen 6 Monate und 18 Jahren Erfahrungen als Pflegefachperson, ihre Erfahrungen mit der Anwendung des Pflegeprozesses waren 6 Monate bis 9 Jahre. Es gab Voll- und Teilzeitangestellte, alle im Tagdienst tätig, eine hat keine theoretischen Kenntnisse, aber zwei Jahre Erfahrung in der Anwendung mit dem Pflegeprozess.</li> <li>• Es wird nur beschrieben, dass die Pflegenden Kriterien erfüllen mussten, aber nicht wie die Stichproben gezogen wurden.</li> <li>• Es gibt nur eine Studiengruppe.</li> <li>• Die Auswahl der Teilnehmenden wird wie oben beschrieben, aber nicht begründet.</li> <li>• Für die Datenerhebung wurde ein Interview durchgeführt. Ein Pilot-Interview wurde als Vortest gemacht, um eine Richtlinie zu erhalten, es wurden danach keine Änderungen mehr vorgenommen. Die qualitativen Interviews wurden durch den ersten Autor im Dezember 2003 im aktuellen Krankenhaus durchgeführt.</li> <li>• Es fand eine Befragung mittels semi-strukturierten Interviews statt. Es sollten alle Bereiche befragt werden, es gab keine fixe Reihenfolge.</li> <li>• Die methodologische Vorgehensweise wird durch die Forscher selbst als qualitativ-deskriptiv beschrieben. Die qualitative Studie wurde gewählt, da sie personen-zentriert und holistisch ist und den breitesten Bezug zu deskriptiven Daten hätte.</li> <li>• Die wörtliche Transkription fand durch den ersten Autor statt. Dann wurden die Interviews mehrmals als Ganzes durchgelesen nach Berg (2004), dann in Sequenzen, um ähnliche Textstellen zusammenzulegen und zu codieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurden fünf Kategorien unterschieden: Identifizierung des Patienten als Individuum und als Ganzes, ein Arbeitsinstrument zur Erleichterung der Pflege, zur Steigerung des Bewusstseins innerhalb der Pflege, Unterstützung durch das Management und Einfluss auf die berufliche Rolle. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie waren: (i) die registrierten Nurses erkannten, dass die Pflegediagnosen die individuellen Bedürfnisse des Patienten klarstellten, und ermöglichten es ihnen, sich für spezifischere Pflegemassnahmen zu entscheiden, (ii) dass Pflegediagnosen gefunden wurden, um die Kommunikation zwischen den Kollegen zu erleichtern Die Pflege der Patienten und somit die Kontinuität der Pflege und die Einsparung von Zeit und (iii) dass Pflegediagnosen wahrgenommen wurden, um das reflektierte Denken der Krankenschwestern zu erhöhen, was zu einer kontinuierlichen Entwicklung des Fachwissens führt.</li> <li>• Die 5 Kategorien wurden in Subkategorien unterteilt. Zu jeder Unterkategorie wird ein bis zwei Zitate zitiert.</li> </ul> <p><b>Identifikation des Patienten als Individuum und als Ganzes</b></p> <p>Die Anwendung Pflegediagnosen wurde als positiv beschrieben, erhöhte die Beteiligung der Patienten, um diagnostische Aussagen machen zu können, brauchten die Pflegenden mehr Wissen, was zu einer verstärkten Interaktion zwischen Patienten und Pflegenden führte. Die Teilnehmenden beschrieben, dass sie den Patienten aufmerksam zuhören, um ihre Bedürfnisse zu verstehen und sich</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Hauptergebnisse dieser qualitativen Studie besteht auf dem Anreiz den Pflegeprozess im klinischen Alltag zu verwenden: Die Pflegefachleute bemerkten, dass die Pflegediagnose die individuellen Bedürfnisse der Pflegeempfänger klären und sie sich dadurch für spezifischere Pflegeinterventionen entschieden. Pflegediagnosen wurden entwickelt, um die Kommunikation zwischen Kollegen zu erleichtern, betreffend Pflegeempfänger, dies zeigt eine Kontinuität in der Pflege sowie Zeitersparnis auf. Pflegediagnosen wurden wahrgenommen, um den Reflexionsprozess beim Pflegepersonal zu erhöhen, was zu einer kontinuierlichen Entwicklung der beruflichen Kenntnisse führte.</li> <li>• Eine Stärke dieser Studie sei, dass es keine früheren Studien, die sich auf den Anreiz für Pflegefachleute konzentrieren, welche Pflegediagnosen in der klinischen Praxis anwenden, obwohl eine Anzahl an Studien das Fehlen von Pflegediagnosen berichtet. Eine weitere Stärke ist die Auswahl der Teilnehmenden an einem Audit von in den Patientenakten erfassten Pflegediagnosen. Dies bestätigt, dass die Teilnehmer Kenntnisse in der Diagnostik hatten und diese in der klinischen Praxis anwendeten. Ein Nachteil der Studie kann sein, dass die erste Autorin, welche die Teilnehmenden interviewt hatte, frühere Erfahrung und Wissen über Pflegediagnosen und damit möglicherweise dazu neigt, die Aussagen der Teilnehmenden zu interpretieren, ohne weiter nachzufragen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Forscher diskutieren den gewählten qualitativen Ansatz mit der Datenanalyse nach Berg (2004). Die Studie wird als qualitativ-deskriptiv beschrieben. Es wird nicht weiter auf die Qualität der Datenanalyse eingegangen.</li> <li>Da die freiwillige Teilnahme an einer Studie eine wichtige ethische Frage ist, erhielten alle Teilnehmenden Informationen über das Ziel der Studie, dass ihre Teilnahme an der Studie freiwillig ist, und sie jederzeit das Interview abbrechen könnten, und dass die Daten vertraulich behandelt würden. Ebenso dass die Diskretion der Teilnehmenden bei der Auswertung der Ergebnisse gegeben ist. Die formale Zustimmung wurde durch die Ethical Committee at Huddinge University Hospital, Stockholm, Schweden erteilt.</li> </ul>	<p>vergewisserten, dass sie die Patienten verstanden hätten. Mit Zitat.</p> <p><b>Ein Arbeitsinstrument, um den Pflegeprozess zu vereinfachen</b></p> <p>Diese Kategorie beschreibt, wie die Pflegediagnose als Werkzeug erlebt wurde, um Entscheidungen über Pflegemassnahmen zu erleichtern, einen schnellen Überblick über die Pflegebedürfnisse des Patienten bei Schicht- oder Personalwechsel geben. Die Verwendung spezifischer Pflegeinterventionen wurde als notwendig betont, um die Probleme des Patienten zu klären und Bedürfnisse, die sonst Entscheidung von bestimmten Pflegeinterventionen erleichtern. Es wird so offensichtlich, was getan werden muss, wenn eine treffend formulierte PD gewählt wurde. Wann zu einem späteren Zeitpunkt eine Pflegediagnose nach einem gründlicheren Assessment den Bedürfnisse der Patienten evaluiert wurde, und spezifische Interventionen getroffen wurden, wurde die Pflegequalität erhöht, durch die Verringerung des Risikos, ein Patientenbedürfnis zu verpassen, und somit fehlende angemessene Interventionen zu unterlassen. PD können helfen, Dinge zu erkennen, die sonst übersehen wurden. Mit «Zitat».</p> <p><b>Bewusstseinsbildung in der Pflege:</b></p> <p>Der Arbeit mit PD wird als reflektierendes Denken er Teilnehmenden beeinflusst und erhöht ihre Fachkenntnisse. Die Teilnehmenden betonten, dass die Pflegediagnosen zunahmen, ihr reflektierendes Verhalten beim Erkennen von Bedürfnissen und Problemen der Pflegenden zugenommen hat. Das reflektorische Denken wurde als unverzichtbar beschrieben, um die Pflegequalität zu erhöhen.</p> <p><b>Unterstützung durch das Management</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es mag überraschen, dass es nur positive Reflexionen gibt. Dies ist jedoch auf das Ziel und die Stichprobe dieser Studie zurückzuführen. Eine Studie zur allgemeinen Meinung könnten bei den schwedischen Pflegefachpersonen heute andere Resultate ergeben, da die Implementation von Pflegediagnosen nicht weit verbreitet ist.</li> <li>Die Teilnehmenden gaben an, dass die Verwendung von Pflegediagnosen eine erhöhte Patientenbeteiligung mit sich trug und zu einer ganzheitlichen Ansicht der Situation des Patienten führte. Die interviewten Pflegefachpersonen berichteten über eine verstärkte Interaktion mit dem Patienten, da sie eine gründlichere Kenntnis der Patienten-Situation erforderte. Dies ist entscheidend, da die Diskrepanz zwischen den vom Patienten wahrgenommen Probleme, und identifizierten und dokumentierten Probleme durch das Pflegepersonal, was schon in anderen Studien beschrieben wurde. Die Wichtigkeit der Patientenbeteiligung wird auch in der schwedischen Gesundheitspolitik hervorgehoben.</li> <li>Motivierende Faktoren aus dieser Studie können wertvoll sein für die Verwendung und Entwicklung von Pflegediagnosen im klinischen Alltag. Darüber hinaus können diese Faktoren relevant sein für andere Länder, die sich in einer ähnlichen Situation befinden wie Schweden mit der Anwendung von Pflegediagnosen.</li> </ul>
--	--	--	--

		<p>Diese Kategorie befasst sich mit der Bedeutung der Unterstützung durch das Management bei der Verwendung von Pflegediagnosen. Die Unterstützung für die Verwendung von PD durch die leitende Pflegefachfrau, wurde als wichtig beschrieben. Das Interesse am Lesen der Diagnosen zeigt auf, dass dokumentierte Pflegediagnosen fordern und zu Diskussionen anregen, wie auf Stationsversammlungen beschrieben. Darüber hinaus wurde berichtet, dass Pflegediagnosen ein nützliches Instrument sind, um die Arbeitsbelastung der Krankenpflege abzubilden.</p> <p><b>Einfluss auf die berufliche Rolle</b></p> <p>Diese Kategorie beschreibt, wie Pflegediagnosen wahrgenommen wurden, um die berufliche Rolle zu beeinflussen. Die Pflegediagnosen machten das Konzept der Pflege leichter zu unterscheiden im sonst biomedizinischen Paradigma. Bei der Formulierung von Pflegediagnosen konzentrieren sich die Pflegenden auf die Pflege. Medizinische Probleme unterliegen somit der Verantwortung der Ärzte. Die Diagnose erinnert an Ihre Verantwortung als Pflegeexperte.</p>	
--	--	--	--

**Würdigung der Studie: Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A.-C. & Randers, I. (2006) Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. Journal of Clinical Nursing 15, 936-945. DOI 10.1111/j.1365-2702-2006.01459.x**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege, was der Anreiz für Pflegende sei, den Pflegeprozess anzuwenden.</p> <p>Die Beschreibung des Phänomens bzw. die bereits bekannte mangelnde Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis ist klar und relevant für die Pflege.</p> <p>Das Ziel der Forschungsfrage ist klar dargestellt.</p> <p>Die Forschungsfrage ist klar formuliert.</p> <p>Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt. Es wird definiert, was Pflegediagnose heisst. Es wird auch auf zahlreiche frühere Studien und schwedische Gesetzestexte verwiesen.</p> <p>Es wird aufgeführt, dass frühere Studien zwischen 41 und 89 % der Patienten-Probleme von den Pflegefachleuten erkannt, aber nicht dokumentiert wurde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design ist logisch und nachvollziehbar dargelegt, es wurde ein qualitativ-deskriptives Design gewählt.</li> <li>• Die Stichprobenziehung ist für den Ansatz / das Design angebracht, es fand keine Randomisierung statt.</li> <li>• Die Stichprobe von n = 12 ist klein und für eine qualitative Studie angebracht.</li> <li>• Die Ergebnisse können sicherlich auf einen grossen Teil der Pflegenden übertragen werden, wie sieht es aber in Entwicklungs- und Schwellenländer aus?</li> <li>• Das Setting und die Teilnehmenden sind beschrieben, es dürfte aus meiner Sicht noch ausführlicher sein.</li> <li>• Ich denke, dass die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet sind, es wird aber wenig über Alter, Berufserfahrung, etc. gesagt.</li> <li>• Ja, die Teilnehmenden erleben das zu erforschende Thema im Berufsalltag.</li> <li>• Bei der Datenerhebung geht es um das Erleben, wie die Pflegefachleute die Implementation des Pflegeprozesses wahrnehmen.</li> <li>• Ja, die Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird sehr gut beschrieben und begründet.</li> <li>• Die Datensättigung ist vollständig, bei der Aufschreibung der gesprochen in die schriftliche Sprache, wurden gewisse grammatikalische Überarbeitungen vorgenommen.</li> <li>• Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden.</li> <li>• Über die philosophischen Hintergründe der Forschungsarbeit der Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt.</li> <li>• Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein.</li> <li>• Der gewählte methodologische Ansatz folgt logisch aus der Fragestellung, die Methode ist für das Phänomen geeignet.</li> <li>• Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich denke, dass die Ergebnisse aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden sind.</li> <li>• Die Ergebnisse reflektieren aus meiner Sicht die Reichhaltigkeit der Daten. Die Transkription der Interviews wurde nach dem Schema gefertigt, wie es an der ZHAW gelehrt wurde.</li> <li>• Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung, sie sind auch mit Zitaten hinterlegt. Nur leider wurden keine Zitationen hinterlegt.</li> <li>• Ich denke, dass die Konzeptualisierung der Forschenden mit den Daten übereinstimmen, kann dies aber zu wenig überprüfen.</li> <li>• Die Kategorien wurden in Subkategorien unterteilt, und mit Zitaten bestätigt (Verweise auf die Zitate fehlen jedoch). Es gibt keine Illustrationen oder Abbildungen.</li> <li>• Die Kategorien und Subkategorien beleuchten das Phänomen als Ganzes in Bezug auf die Fragestellung.</li> <li>• Die Kategorien und Subkategorien sind für mich logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar aufgebaut.</li> <li>• Die Beziehungen zwischen den Kategorien sind fundiert und leisten eine plausible Interpretation der Daten zu. Aus meiner Sicht ist es möglich, die möglichen Verbesserungspotentiale aus der Studie herauszulesen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Interpretation der Studie leistet einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften, nämlich weshalb der Pflegeprozess zu wenig in der Praxis implementiert wird.</li> <li>• Die Ergebnisse können Lücken in der Forschungsfrage aufzeigen, und verweisen auf mögliches Verbesserungspotential.</li> <li>• Die Ergebnisse werden in Bezug zu früheren Studien gebracht und diskutiert.</li> <li>• Die Ergebnisse sind relevant und brauchbar für die Pflege, und sollten baldmöglichst im Pflegealltag umgesetzt werden.</li> <li>• Die Schlussfolgerungen und ein weiterer möglicher, beeinflussender Faktor der Einstellung von Pflegenden gegenüber der Pflegediagnostik könnte in der gegebenen Personalausstattung liegen.</li> <li>• Neuere Studien belegen positive Effekte der Einführung von Pflegediagnostik in Praxis und Ausbildungen, dennoch wir der ANP noch nicht überall umgesetzt.</li> <li>• Die geringe Stichprobengrösse (N = 51) lässt keine Generalisierung der Ergebnisse</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Analysemethoden nach Berg (2004) wird referenziert.</li> <li>• Die analytischen Schritte werden genau beschrieben.</li> <li>• Die Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig beschrieben.</li> <li>• Glaubwürdigkeit der Analyse wird durch die qualitativ-deskriptive Methode und den strukturierten, narrativen Interviews gegeben.</li> <li>• Für mich sind analytische Entscheidungen nicht erkennbar bzw. dokumentiert oder überprüfbar.</li> <li>• Es wird nur erwähnt, dass die freiwillige Teilnahme an einer Studie eine wichtige ethische Frage ist, alle Teilnehmenden erhielten Informationen über das Ziel der Studie, wie auch dass ihre Teilnahme an der Studie freiwillig ist, und sie jederzeit das Interview abbrechen könnten, und dass die Daten vertraulich behandelt würden. Ebenso dass die Diskretion der Teilnehmenden bei der Auswertung der Ergebnisse gegeben ist. Die formale Zustimmung wurde durch die Ethical Committee at Huddinge University Hospital, Stockholm, Schweden erteilt. Es wird aufgeführt, dass die erste Autorin Erfahrung hat in Pflege, was einen negativen Aspekt bewirken könnte, da sie Interpretationen ins Spiel bringen könnte, anstatt genauer nachzufragen.</li> </ul>		
--	---	--	--

**Güte/ Evidenzlage:**

- **Confirmability:** Der Erstautor führte ein Audit der Pflegedokumentation durch, um die Pflegefachpersonen zu ermitteln, welche die Kriterien zur Teilnahme an der Studie erfüllen. Die Patientenakten wurden auf vier Infektionsstationen, in einem Stadtgebiet von Schweden entnommen. Alle diese Pflegediagnosen waren im freien Text formuliert.
- **Dependability:** Es wird erwähnt, dass sich das Forschungsteam die Datenerhebung und Datenanalyse regelmässig und zeitnah bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektiert.
- **Credibility:** Die Forscher diskutieren ihre Meinungen untereinander aus, die Studie wird somit als „glaubwürdig“, da peer-reviewed angesehen.
- **Transferability:** Die Ergebnisse werden mit Material der Situation vor Ort angereichert, wie z. B. mit zitierten Textstellen. Allerdings fehlt der Hinweis in welchem Interview und in welchen Zeilen diese Zitationen nachgelesen werden könnten. Die Resultate können somit nicht für die weitere Erforschung des Themas genutzt werden.

**Güte der Studie:** Die Studie hat eine gute Güte.

**Evidenzlevel:** Die Studie hat die Evidenzstufe 1, es handelt sich um eine Originalstudie.

**Zusammenfassung der Studie: Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezehgne, D. & Teklay, H. (2017), A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospital of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. BMC Nursing. DOI 10.1186/s12912-017-0248-9**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie befasst sich mit den Problemen den Pflegeprozess in der Praxis umzusetzen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Literatur auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung in der ganzen Welt, aber vor allem auch in den Entwicklungsländern verweist.</p> <p>Es wurden schon Einflussfaktoren ermittelt (Umgebung, Motivation Bildung)</p> <p>In den entwickelten Ländern wurde das Thema schon gut untersucht, allerdings in den Entwicklungsländern besonders Äthiopien nicht.</p> <p><u>Ziel der Studie</u> ist den Stand der Einführung des Pflegeprozesse zu beurteilen und die Einflussnehmenden Faktoren für die Pflegen zu ermitteln.</p> <p>Begründung: Vorstudien weisen nur 37,1 % Implementierte Pflegeprozess in Afrika nach.</p> <p>Die Regierung empfiehlt es wegen der Qualität des Gesundheitssystems und der Pflegequalität in besonderen.</p> <p>Ohne den Pflegeprozess ist es möglich das wichtige Pflegemassnahmen nicht durchgeführt und der Gesundheitsprozess wäre kompromittiert und vermeidbare Nebeneffekte könne sich einstellen</p> <p>Eine Forschungsfrage wird nicht gestellt</p>	<p><u>Design:</u> Es wurde eine Querschnittstudie durchgeführt. Eine Begründung wird nicht gegeben</p> <p><u>Stichprobe:</u> Es wurde eine Umfrage unter Pflegefachleuten in einigen Spitälern in eine Zentral und Nordwest Region in Äthiopien durchgeführt</p> <p>Aufgrund einer Poweranalyse wird aus den Spitälern in diesem Gebiet eine Stichprobenzahl von 200 ermittelt, diese wurden auf 4 Spitälern nahe gleichmässig im Verhältnis zu den Pflegekräften in diesen verteilt. Eine Randomisierung durch Losverfahren wird bei der Auswahl den Spitäler in dem Gebiet und in den Spitälern erwähnt. Die Teilnehmer werden als randomisiert beschrieben das Verfahren wird nicht erwähnt. Die Teilnahme wird als freiwillig, die Ausfälle durch Ablehnung an der Teilnahme als neutral beschrieben. <u>Einschlusskriterien:</u> alle Pflegefachpersonen welche in den ausgewählten Kliniken arbeiteten</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Temporäranstellungen, unterjährige Anstellung, freie Arbeiter/-innen, und die Ablehnung an der Studienteilnahme</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Es wurden Daten über einen strukturierten selbstauszufüllenden Fragebogen und Beobachtungsscheckliste (durch Beobachter) ermittelt. Daten wurden 1x erhoben. Diese wurden durch Studenten der Axum Universität, welche die Umfrage von April bis Mai 2015 verteilt und wieder eingesammelt. Die Studenten wurden geschult und informiert, es wurde ein Testlauf in einem anderen als den Studienspitalern durchgeführt. Die Datensammlung wurde von den Verteilern während des Erfassens und eingeben auf Vollständigkeit überprüft</p> <p><u>Messverfahren:</u> Die Fragebögen wurden von vorherigen Studien übernommen die Reliabilität von erfahrenden Mitarbeitern überprüft und ein Cronbach Alpha von 0,86 ermittelt. Der Fragebogen war in fünf Kategorien unterteilt (soziodemographische Daten, Implementierungsstatus des Pflegeprozesses, Verschiedene Faktoren, Bildung, Fähigkeiten in der Pflege)</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Die erhobenen Daten haben nominal und ordinal und intervallskalierte Datenskalen. Es wurden beschreibende statistische Verfahren verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt.</p> <p><u>Ethik:</u> Die Bewilligung einer ethischen Kommission der Mekelle Universität College of Health Sciences wurde erteilt. Den Teilnehmenden wurde es freigestellt an der Studie teilzunehmen oder nicht.</p>	<p>Die Ergebnisse werden in Text Tabellen und Balkengrafiken präsentiert.</p> <p>Es werden Ergebnisse zu den fünf Kategorien präsentiert.</p> <p>-Soziodemographische Daten wurden prozentual aufgeschlüsselt. (Keine Angabe ob Gruppe der erwarteten Gruppe entspricht)</p> <p>- Pflegeprozess-Implementierung Status wird mit 35% angegeben (Selbstaussage und Beobachtungsscheckliste) 71.4% davon sind Bachelorabsolventen</p> <p>- Auf organisatorischer Ebene wird die hohe Personalfuktuation ein hohes Einflussniveau auf die Implementierung zugesprochen (von 75.2% der Pflegenden)</p> <p>- Fähigkeiten der Pflege 83.4% gaben Berufliche Unzufriedenheit als Einflussfaktor auf die Verwendung des Pflegeprozesse an</p> <p>- Multivariate Analyse von Faktoren die die Implementierung der Pflegeprozesses beeinflussen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bachelorabsolventen haben einen 6.972 geneigt den Pflegeprozess zu verwenden als die diplomierten Kollegen</li> <li>▪ Pflegenden die in stressvoller Umgebung arbeiten sind 99% weniger geneigt</li> <li>▪ Pflegende mit hohen Patientenzahl 98.7% weniger geneigt</li> <li>▪ Gut ausgebildete Pflegende sind 15,09-mal geneigter als die weniger gut ausgebildete</li> <li>▪ Hochfähige Pflegende sind 22.16-mal geneigter als niedrigfähige Pflegende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Studie zeigt das Niveau in der Anwendung des Pflegeprozesses und den assoziierten Faktoren der Pflegenden in den ausgewählten Kliniken und wird mit ähnlichen Studien verglichen.</li> <li>• Die Abweichung zu vorherigen Studien wird mit der ausgeprägteren Organisation von städtischen Regionen gegenüber den ländlichen erklärt.</li> <li>• Es werden Vergleiche mit bestätigen Studien gemacht (Hohe Arbeitsbelastung, Schlechter Zugang zu Ressourcen für den Pflegeprozess, hoher Patientenworkload, Bildung der Pflegenden)</li> <li>• Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen, wobei die positiven Vergleiche überwiegen.</li> <li>• Schlussfolgerung: Der Grossteil der Pflegenden der Studie haben den Pflegeprozess nicht implementiert und NANDA nicht verwendete (hier das erste mal ein Bezug auf NANDA in der Studie) Es kann ein signifikanter Zusammenhang mit Ausbildungslevel, Pflegefertigkeiten, Arbeitsatmosphäre, Pflegeprozessmaterialversorgung (positiv) und hohen Patientenload (negativ) mit der Implementierung des Pflegeprozesse hergestellt werden.</li> <li>• Eine Empfehlung für die praktische Umsetzung oder weitere Forschung wird nicht gegeben</li> </ul>



**Würdigung der Studie: Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezegne, D. & Teklay, H. (2017), A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospital of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. BMC Nursing. DOI 10.1186/s12912-017-0248-9**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie bearbeitet einen elementaren Bestandteil der Pflege.</p> <p>Die Forschungsfrage ist nicht eindeutig formuliert, sondern das Forschungsziel wird angedeutet.</p> <p>Das Thema wird im Kontext mit konzeptioneller und empirischer Literatur dargestellt und verglichen.</p>	<p><u>Design:</u> Um Daten auf Signifikanz zu untersuchen ist das gewählte Design sinnvoll, weil ein Momentaufnahme geschieht (es sollte ja der Stand der Dinge geprüft werden)</p> <p>Interne Validität: Probelauf nicht in den Testspitälern durchgeführt (+)</p> <p>Externe Validität: Verwendung einer zuvor getesteten Instrumentes (+), Stichprobe: Die Stichprobe ist sinnvoll gewählt, stärkend ist sogar eine Poweranalyse durchgeführt worden. Die Zielpopulation sind die diplomierten Pflegenden, die hier für die Umsetzung des Pflegeprozesses verantwortlich sind. Damit sind sie auf ähnliche Gruppen übertragbar.</p> <p>Die Dropouts (Die Teilnahme ist freiwillig) sind angedeutet werden aber nicht präzisiert. Einfluss wird als neutral bezeichnet Ohne angewendete Methode</p> <p>Datenerhebung: Es ist unklar wie die Beobachtungsdaten ermittelt wurden. Die Checkliste für die Güte mit der die Pflegeverrichtung durchgeführt worden würde auch von der Profession des Beobachters abhängen</p> <p>Die Datenerhebung der soziodemographischen Daten wird nicht statistisch verwendet (ist die Stichprobe repräsentativ)</p> <p>Messverfahren: Die Reliabilität ist durch das ermittelte Cronbach Alpha belegt.</p> <p>Die Validität des Messinstrumentes ist unsicher, weil hier fremd und Selbsteinschätzung gemischt werden.</p> <p>Die Verwendung des Instrumentes wird als erprobt beschrieben, Verzerrungen durch Dropout werden angedeutet, aber nicht erläutert. Durch externe Forschende (Studenten zur Fragebogenverteilung) wird Bias allerdings reduziert.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wird beschrieben, dabei aber die Gründe der verschiedenen P Werte bei der Multivariantenanalyse nicht nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Das Verfahren der logistischen Regressionsanalyse ist hier nachvollziehbar in mit den verwendeten Skalenniveaus durchführbar.</p> <p>Das Signifikanzniveau wurde festgelegt ohne Begründung (entspricht aber der Regel)</p> <p>Ethik: Die Teilnahme wird als freiwillig beschrieben, aber da die Zuordnung der Stichprobengruppe zuvor feststand ist unklar warum die vorgesehenen 200 an der Studie teilgenommen haben.</p>	<p>Soweit sind die Tabellen vollständig, teilweise ist undeutlich das sich einige Auswertungen Untergruppen darstellen. Beschriftungen und Ausführungen sind vollständig. Signifikante Ergebnisse werden im Text erläutert.</p>	<p>Es werden soweit die Resultate aus dem Ergebnis teil diskutiert und sind nachvollziehbar mit Literatur belegt. Die Abweichung mit Studien wird erläutert.</p> <p>Die Studie ist sinnvoll, um Eigenschaften zu ermitteln die die Implementierung des Pflegeprozesses beeinflussen. Die Ergebnisse geben allerdings keinen direkten Hinweis wie die Konkreten Rahmenbedingungen seien müssten (Verhältnis Diplomiertere zu Bachelor, Patienten/Pflege Verhältnis)</p> <p>Grundsätzlich scheinen die Ergebnisse als Hinweis in andere klinische Settings übertragbar</p>

**Güte/ Evidenzlage:**

- **Objektivität:** Die Daten wurden als Fragebogen oder Checkliste ermittelt, sind damit digital und somit objektiv
- **Reliabilität:** Das Instrument kann mit Cronbach Alpha von 0,86 als reliabel bezeichnet werden
- **Validität:** Da die Pflegenden selbst die Implementierung eines Prozesses, den sie nicht zuverlässig durchführen, beurteilen sollen, ist die Validität der Studie geschwächt.

**Güte der Studie:** Die Güte der Studie ist gut, mit leichter Schwäche.

**6 S-Evidenzlevel:** Es handelt sich um eine Originalstudie, damit ist sie auf der Stufe 1

**Zusammenfassung der Studie: Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007). Iranian nurses' perceptions of theoretical knowledge transfer into clinical practice: a grounded theory approach. Nursing & Health Sciences, 9 (3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00329.x>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen: Es besteht eine Theorie-Praxistransfer Kluft der Pflegefachleute im Iran, welches zu Pflege mit geringer Qualität führt</p> <p>Beschreibung: Durch belegte historische Entwicklungen hat sich trotz der Bemühungen die Qualität der Ausbildung zu verbessern (Bachelor und Masterausbildung) eine Kluft zwischen Theorie und Praxis etabliert. Dabei wird das Problem durch Literatur als international bestehend identifiziert.</p> <p>Die Studie wird als Teil einer grösseren Studie beschrieben, ohne diese explizit zu erwähnen. Es soll, ergänzend zu bestehender Forschung, die Wahrnehmung der Theorie Praxislücke aus Sicht der Pflegenden untersucht werden.</p> <p>Eine konkrete Forschungsfrage wird nicht gestellt.</p>	<p><u>Design:</u> Qualitatives Studiendesign (Grounded Theorie)</p> <p><u>Begründung:</u> Die Grounded Theorie ist am Besten geeignet in einem interdisziplinären Team (Spital, Pflege, Ausbildung) die Identifizierung, Beschreibung und Erklärung dieser interaktiven dynamischen Prozesse zu erforschen</p> <p><u>Population:</u> Es handelt sich um Pflegefachleute an verschiedenen Stellen der Ausbildung. Alle sind Mitglieder der Tehran University of Medical Sciences and the School of Nursing and Midwifery Studenten im 4ten Jahr und kürzlich abgeschlossene (6+3), erfahrene Pflegefachleute (2), Abteilungsleitungen(2), Bereichsleiter(4), und Lehrer(6)</p> <p>Eine Radomisierung wird nicht erwähnt, eine Begründung für die Auswahl wird nur teilweise beschrieben. (Fokusgruppe: Studenten im 4ten Jahr innerhalb der Befragung Ausweitung auf weitere Gruppen)</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Interviews, semistrukturiert, als Einstiegsfrage eine offene Frage.</p> <p>Es wurden Audioaufnahmen gemacht die durch den ersten Autor durchgeführt und wörtlich transkribiert wurden.</p> <p>Ausserdem wurden Beobachtungen in täglichen Arbeiten der Teilnehmer durchgeführt und Feldnotizen gemacht. Ständiges Abgleichen der Informationen und Anpassung des Prozesses</p> <p>Die Codes wurden mit den Befragten nach oder während des Interviews abgeglichen oder Verständnisfragen gestellt.</p> <p>Die Interviews wurden in der Regel in einer Sitzung durchgeführt und dauerten 60 -120 Minuten.</p> <p>Zeitraum der Studie wird nicht erwähnt</p> <p><u>Methodische Reflexion:</u> Immer wieder Verweise auf Datensättigung und wieder Zurückführung in den Forschungsprozess, Ausweitung der Teilnehmer bei aufgedeckten Zusammenhängen, Verifizierung durch Beteiligte und nicht beteiligte bzw Peer Review</p> <p><u>Datenanalyse:</u> die Datenanalyse in Bezug auf Trustworthiness und Credibilität wird ausgeführt. Die Forschenden werden als erfahren im Forschungsverfahren beschrieben Die Codierung der Transkripte wurden stichprobenartig von Peer und unbeteiligten Pflegenden reviewed, die Codes bestätigt.</p> <p><u>Ethik:</u> Ethische Fragen wurden beschrieben und eine Genehmigung durch die Ethikkommission lag vor. Die Einholung für Interviews und Beobachtung sind beschrieben</p>	<p>Zwei Hauptthemen werden unterschieden und wurden durch Unterpunkte differenziert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traditionelle Routinen basierte Ausführung der Krankenpflege <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionsismus</li> <li>▪ insuffiziente weiterführende Weiterbildung</li> </ul> </li> <li>- Traditionsbestimmte klinische Ausbildung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nicht fördernde Lernumgebung</li> <li>▪ Inkompetenz der klinischen Ausbilder</li> </ul> </li> </ul> <p>Die Kategorien sind beschrieben und die Unterkategorien werden durch Zitate belegt. Auch wird immer der Bezug zu den Feldbeobachtungen hergestellt</p> <p>Grounded Theorie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Traditionelle, Routinen basierte Pflege wird durch die traditionellen Werte im klinischen Setting gefördert</li> <li>2 Strukturierte Weiterbildung kann den Theorie Praxistransfer fördern und Pflegeroutinen ändern</li> <li>3 unstrukturierte Weiterbildung hindert den Transfer und die Änderung in der Pflege</li> <li>4 Traditionelle Pflege und praktische Ausbildung haben eine wechselseitige Beziehung</li> <li>5 Die Kompetenz des klinischen Ausbildners hat Einfluss auf die praktische Pflege</li> <li>6 Die Inkompetenz des praktischen Ausbildners und ein eingeschränktes Lernklima behindern den Theorie-Praxis-Transfer</li> </ol>	<p>Die Forschenden vermuten, dass die praktischen und theoretischen Ausbilder unfähig sind den Theorie-Praxis-transfer in dem 4jährigen Bachelor Programm zu vermitteln.</p> <p>Studien verweisen darauf, dass die Pflegenden im Iran Helfer der Ärzte oder gehorsame Mitarbeiter sind. Die Pflege wird üblicherweise funktionsorientiert und nicht holistisch ausgeführt.</p> <p>Auch wurde schon beschrieben, dass ein Mangel an Wissen der Pflegenden im Feld und praktischen Fähigkeiten der Ausbilder einen starken Effekt auf die Kompetenz und Produktivität der Studierenden haben.</p> <p>Die klinische Umgebung sei ungeeignet einen Transfer zu erleben und die dort vorherrschenden traditionellen Werte verstärken die Kluft.</p> <p>Die Kompetenz der klinischen Ausbilder wird von anderen Forschern ebenso als ausschlaggebend beschrieben. Ein gegenseitiger Austausch ist nicht gegeben.</p> <p>Konklusion. Die Ausbildung im traditionellen routinebasierten Paradigma im Iran ist dadurch erschwert. Die Theorie Praxislücke ist groß, was das Weiterkommen der ganzen Disziplin und eine Entwicklung von Selbstbewusstsein verhindert.</p> <p>Auszubildende orientieren sich an den Pflegenden auf der Abteilung als praktisches Vorbild.</p> <p>Empfehlung: gezielte innerbetriebliche Fortbildung, um neue Perspektiven der Pflege den Mitarbeitern näher zu bringen die dann die Ausbildung der Studierenden zu verbessern und so die Theorie Praxislücke überwinden können.</p>



**Würdigung der Studie: Cheraghi, M. A., Salasli, M. & Ahmadi, F. (2007). Iranian nurses' perceptions of theoretical knowledge transfer into clinical practice: a grounded theory approach. Nursing & Health Sciences, 9 (3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00329.x>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Autoren stellen Bezug zur vorhandenen aktuellen Literatur her (1999-2005) und historische Entwicklung (1940- 2007) den Stand der Ausbildung von universitären Pflegeabsolventen im Iran her.</p> <p>Die Ausbildung im Iran ist zentral gesteuert und somit können Ergebnisse einer zentralen Verbesserung dienen. (signifikant)</p> <p>Eine indirekte Forschungsfrage ist zielgerichtet formuliert. In Sinne der Grounded Theorie ist das vernünftig.</p> <p>Die Pflege als entwickelte Profession (Ausbildungsplätze für Bachelor bis Doktorgrade sind vorhanden) wird als unsicher für den Transfer Theorie/Praxis beschrieben. Damit ist das Thema für die Pflege wesentlich.</p> <p>Eine allgemeine Unzufriedenheit mit der Ausbildung der Lernenden und Öffentlichkeit ist erwähnt.</p>	<p><u>Design:</u> Die Wahl des Designs, Grounded Theorie, wird von den Autoren explizit beschrieben. Es wird hingewiesen, dass die Natur des Problems (Prozesscharakter, interdisziplinäres Team) und den Fokus (Identifikation, Beschreibung und Erklärung von Interaktiven Prozessen zwischen Einzelnen und Gruppen) gut zu den Grundlagen der Grounded Theorie passen. Es entspricht den Grundlagen</p> <p><u>Stichprobe:</u> Die zur Datenanalyse durchgeführten Interviews, Beobachtungen und Feldnotizen und die zirkuläre Nutzung der jeweiligen Ergebnisse wurden zur Stichprobenerstellung genutzt.</p> <p>Durch dieses Vorgehen ergibt sich eine repräsentative Stichprobe. Die Stichprobengröße ist für ein qualitatives Setting angemessen, denn es zeichnet sich durch eine niedrige Grösse aus.</p> <p>Das Setting und die Teilnehmenden sind kurz, nicht ausführlich, beschrieben. (Wo (Hospital/Universität), Wer (Berufserfahrung, Geschlecht) )</p> <p>Alle Beteiligten der Studie erleben die Problematik an verschiedene Stellen.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Es wird im Feld der Wahrnehmung und interaktiven Prozesse bei dem Erleben des Theorie Praxistransfer geforscht. Der Prozess wird als zirkulär beschrieben. Es wurden Interviews, Beobachtungen vorgenommen und Feldnotizen erstellt. Interviews werden explizit beschrieben, Beobachtungssituationen umrissen.</p> <p>Die Interviews und die Subcodes wurden durch die Befragten während oder nach den Gesprächen bestätigt.</p> <p>Datensättigung als Ziel wird zur Ermittlung der Stichprobe und Codes beschrieben.</p> <p><u>Methodische Reflexion:</u> Die Autoren stellen immer wieder den Zusammenhang zur Methode der Grounded Theorie und dem Vorgehen bei der Studie her.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Trustworthiness. Es werden die Interviews die Rückkopplung an die Befragten und die Peer Review der Daten beschrieben. Es wurden Feldnotizen und Memos vorgenommen. Die Datenauswertung wird allgemein erwähnt, ist aber nicht überprüfbar (Subcodics nicht erwähnt)</p> <p><u>Ethik:</u> Eine Genehmigung der Ethikkommission lag vor, Rückzugsmöglichkeit und Vertraulichkeit sind beschrieben.</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie werden mit Haupt- und Unterkategorien beschrieben. Diese werden die Verwendung von Zitaten, Beobachtungen und Feldnotizen erläutert.</p> <p>Das zirkuläre Vorgehen legt eine kunstvolle Analyse der Ergebnisse nahe. Dadurch wird ebenso die Reichhaltigkeit der Daten beschrieben (Interviews, Beobachtungen, Feldnotizen)</p> <p>Das Phänomen wird hier auf zwei Grundthemen als zwei Pole zurückgeführt und geben einen guten Überblick wie sich Praxis und Theorie in der Pflege gegenüberstehen.</p>	<p>Hier werden die Ergebnisse mit der aktuellen Literatur verglichen und bestätigen diese.</p> <p>Die Ergebnisse geben einen Hinweis wie die Arbeitsweise und Haltung der Pflegenden aus dem klinischen Alltag einen Einfluss auf die Ausbildung der Bachelorstudenten nimmt. Auch wird deutlich, dass zur Etablierung des neuen Wissen nicht die Auszubildenden dienen können, sondern dass dafür eine strukturierte Weiterbildung der Pflegenden im klinischen Alltag notwendig ist.</p> <p>Es wird also die Wechselwirkung der beiden Seiten dargestellt, was die Ergebnisse in der Schlussfolgerung spiegelt.</p> <p>Auch müssen die klinischen Ausbilder mit sorgfältig fortgebildet werden und die Kommunikation zwischen Bildungseinrichtungen und Kliniken verbessert werden, um die gegenseitigen Erwartungen besser berücksichtigen zu können.</p>

**Güte/ Evidenzlage:**

**Die Studie hat den Evidenzlevel Stufe 1 (Originalstudie)**

**Die Güte der Studie ist sehr gut. Die Gütekriterien von Creditability (Rückmeldung an die Befragten), Conformability (zirkuläres Vorgehen,) und Transferability (Beschreibung des Bildungssystems) sind erfüllt. Dependability ist durch das weniger detaillierte Herleiten und das Fehlen des Zeitraums und Ursprungsstudie geschwächt. Das verschiedene Kanäle genutzt wurden (Beobachtungen, Befragungen und Feldnotizen) ist stärkend für die Güter der Studie**

**Zusammenfassung der Studie: Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011). Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. International Nursing Review, 58(3), 392–399. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00884.x>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem: Identifizierung der Hindernisse und fördernden Faktoren bei der Einführung des Pflegeprozesses in Bolivien unter einem Austauschprogramm mit Spanien</p> <p>Mit Referenz zur Literatur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wird das Fehlen der Pflegeplanung und Dokumentation der Pflege in Bolivien und anderen südamerikanischen Ländern beschrieben.</li> <li>- Die Pflegenden gelten immer noch ärztliche Helfer.</li> <li>- Die Einführung des Pflegeprozesses sollte deshalb mit einer geeigneten Strategie und Weiterbildung erfolgen der Rücksicht auf personelle und technische Ressourcen nimmt</li> <li>- dass so die Pflegearbeit sichtbar wird</li> <li>- Qualitätsförderung aus der Dokumentation abgeleitet werden kann.</li> </ul> <p>Forschungsfrage: Eine Forschungsfrage wird nicht gestellt.</p> <p>Ziel: Die Zielstellung der Forschung ist die Unterstützenden und Hindernden Faktoren zu bestimmen die sich bei der Einführung des Nursing Process als auch des standardisierten Care Plan in der Praxis und Ausbildung in Santa Cruz ergeben</p>	<p><u>Ansatz/ Design:</u> Der Forschungsansatz ist der der Aktionsforschung. Der theoretische Rahmen folgt den Wadworth's (1997) mit Reflektion Planung, Aktion und Beobachtung in zyklischen Ablauf. Eine Begründung der Wahl erfolgt nicht.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Es werden in dem Forschungsprozess wiederholte Interviews mit verschiedenen Gruppen und Gruppengrößen beschrieben.</p> <p>April 2008 Interview 6 Pflegefachleute Erwartungen an den Pflegeprozess</p> <p>Juli 2008 Interview mit 8 AUGRM Studenten zur Bedeutung des Pflegeprozesses und Methode zur Vermittlung und theoretischen und Praktischen Rahmen</p> <p>Juli 2009 Einzelinterview mit 16 Pflegefachleuten über die Erfahrungen nach der Einführung.</p> <p>Eine genaue Charakterisierung oder Randomisierung wird nicht erwähnt</p> <p>Eine Begründung der Auswahl der Teilnehmer wird nicht Beschrieben, kann aber aus dem Kontext abgeleitet werden.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Datenerhebung gestaltete sich aus Interviews und Beobachtungen (Austausch von Beobachtern Spanien Bolivien) bei Einführung des Pflegeprozesses. Der führende Autor war nicht an den Interviews beteiligt</p> <p>Es wurden 3x Interviews und 2x Beobachtungen durchgeführt. Es werden Feldnotizen beschrieben.</p> <p>In Workshops mit insgesamt 135 Pflegenden konnten Rückmeldungen erfasst werden.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Die Datenanalyse wurde parallel zur Feldarbeit durchgeführt. Feldnotizen, Interviews und Transaktionen wurden elektronisch erfasst und per konstanten Vergleichsmethode auf Ähnlichkeit oder Variationen untersucht. Die Ergebnisse wurden in der Reflektion diskutiert</p> <p>Credibility: Vorhanden, weil die Studie die Situation zeigt die Untersucht wurde, <u>Konsistenz:</u> Vorhanden, weil eine Triangulation durchgeführt wurde, Reflektion: weil es jetzt einen Meinungsumschwung in der Pflege in Bolivien gibt, und Relevanz weil das Verständnis der Situation verbessert wurde.</p> <p>Konzept und Design: J.G-M. und C.F-S.</p> <p>Datensammlung: G.A-M. A.P-G. A.M.C-S.</p> <p>Datenanalyse: C.F-S. M.H.P. A.M.C-S.</p> <p>Manuskript: J.G-M. M.H.P.</p> <p>Review akademischer Inhalte: C.F-S. und G.A-M.</p> <p><u>Methodische Diskussion:</u> Es wird erwähnt das die rigorosen Kriterien für Aktionsforschung verwendet wurden. Es gibt einen Literaturverweis</p> <p><u>Ethik:</u> Die Zustimmung der Ethikkommission lag vor und es die Zustimmung vor dem Interview und die Rückzugsmöglichkeit sind beschrieben</p>	<p>Die Ergebnisse werden in drei Hauptgruppen beschrieben, die in den Unterpunkten mit Ergebnissen der Interviews und Beobachtungen erläutert werden. und Strategien und Aktionen</p> <p><u>Erwartungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Beschränkung auf die akademische Ebene</li> <li>- Ausbau der Pflege als Profession und Unabhängigkeit der Rolle</li> <li>- Ermöglichen des Internationalen Austausches und Forschung in der Pflege</li> </ul> <p><u>Hindernisse und Fördernde Umstände:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hindernisse <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlen an Zeit durch hohe Arbeitsbelastung</li> <li>▪ Mangel an Ressourcen (technisch und personell)</li> <li>▪ Abwesenheit von Instrumenten (Assessment und Pflegeplanung)</li> <li>▪ Ablehnung durch die Pflege selbst («das ist doch Bürokratie»)</li> <li>▪ Das Erfordernis der ständigen Weiterbildung der Pflegenden</li> </ul> </li> <li>- Fördernde Umstände <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivation Pflegenden zu unterrichten</li> <li>▪ Koordination von Hochschule und Hospital</li> <li>▪ Unterstützung durch die Einrichtung</li> <li>▪ Technische Unterstützung durch den ICP</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Strategien und Aktionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilität/Austausch der Forscher</li> <li>- Entwicklung einer Pflegeplanungseinheit</li> <li>- Einbezug der bolivianischen Institute</li> <li>- Trainingsprogramme</li> <li>- Entwicklung von Instrumenten</li> <li>- Anpassung der Ausbildungsplanung</li> </ul>	<p>Im Ergebnis wird zu den Kategorien und Unterpunkten Bezug zu aktuellen Literatur hergestellt.</p> <p>Es wird dargestellt das die Teilnahme an einem Kooperation mit anderen Ländern dabei förderlich für weniger entwickelte Länder ist. Dadurch wird der Zugang zur internationalen Pflegesystemen möglich.</p> <p>Die Studie rät zu genauen Analyse der Umgebung, in der ein solches Projekt gestartet werden soll.</p> <p>Die Aktionsforschung hat das Verständnis für solche Projekte verbessert und es konnten Strategien und Aktionen entwickelt werden, die der Situation angemessen sind.</p> <p>Das dabei die ICP seinen Schwung behält ist der allen Beteiligten zu verdanken. Die Beforschten werden durch die Aktionsforschung zu Co-Forschern.</p> <p>Die Autoren geben als Limitationen an, dass die Forschung nicht validiert in Bezug auf Veränderung zu sein, es sei aber eine Kapazität dazu vorhanden dass die bolivianischen Lehrenden und Pflegenden moralisch Verantwortung übernehmen werden. Auch wird beschrieben das die Ergebnisse sich nicht generalisieren lassen, da sie sich aus dem lokalen Kontexte ergeben haben. Es sollte aber als Beispiel für andere dienen können.</p>

**Würdigung der Studie: Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Peredo-de Gonzales, M. H., Castro-Sánchez, A. M. & Pérez Galdeano, A. (2011). Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. International Nursing Review, 58(3), 392–399. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00884.x>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie bearbeitet ein wichtiges Thema der Pflege, die Entwicklung zur eigenständigen wahrnehmbaren Profession. Die Notwendigkeit der Einführung des Pflegeprozess wird durch Literaturbezug klar und relevant beschrieben. Das Ziel der Forschung ist dargestellt. Eine Forschungsfrage wird nicht gestellt.</p>	<p><u>Ansatz/Design:</u> Die Verwendung der Aktionsforschung ist nachvollziehbar da hier ein neues System eingeführt wird und auftretende Erkenntnisse zur Verbesserung genutzt werden sollen.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Die für qualitative Forschung übliche Stichprobe ist auch hier anzutreffen. Die Stichproben der einzelnen Forschungsschritte werden beschrieben, involvieren repräsentative Pflegenden in verschiedenen Stellen des Systems in Bolivien. Die Beschreibung der Teilnehmenden ist vage und grob. Das Setting Austauschprogramm und die Einrichtungen werden knapp erwähnt.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Datenerhebung erfolgte durch Beobachtungen und Interviews (Gruppen und Einzelinterviews). Es wird auf Rigor aus Literatur verwiesen, es findet sich aber kein konkretes Vorgehen. Es wird kein Leitfaden erwähnt. Die Interviewer sind als Forschende identifiziert. Eine Datensättigung wird angedeutet. Die Selbstbestimmung der Teilnehmer wird beschrieben.</p> <p><u>Methodische Reflexion:</u> Die Notwendigkeit hier einen fließenden Übergang von Erkenntnissen zu Strategie zu erhalten wird von den Forschenden beschrieben. Die ermittelten Ergebnisse führen zu einander. Deshalb ist die Wahl der Methode hier sinnvoll.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Die Forschenden werden als Durchführer/Ersteller des Konzeptes, der Datensammlung, der Akademischen Review am Ende der Studie differenziert. Es wird erwähnt das die endgültige Studie als Konsens entstanden ist. Es wird die Methode zur Datenanalyse genannt (kontinuierliche Vergleichsanalyse). Die Autoren schreiben, dass sie die Kriterien der Datenanalyse (credibility, consistenz, reflection und relevanz) eingehalten haben, ohne dies zu belegen. Die ermittelten Kategorien/Unterpunkte werden durch Literatur, Beobachtungen und Zitate beschrieben. Die Analyse kann nicht nachvollzogen werden.</p> <p><u>Ethik:</u> Die ethischen Belange werden grob beschrieben, eine Genehmigung durch eine Ethikkommission lag vor. Finanzielle Abhängigkeiten sind nicht erwähnt.</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie sind entsprechend der Abschnitte der Methode unterteilt. Der Bezug zur Studie wird durch Zitate und Beobachtungen in den verschiedenen Stadien der Forschung hergestellt und so erläutert. Gleichzeitig wird die aktuelle Literatur zum Diskussion im Kleinen herangezogen. Teilweise sind die Hindernisse / Fördernde Umstände sich gegenüberstehend. (Ablehnung der Pflegenden/Motivation der Pflegenden.</p>	<p>Schon in den Ergebnissen wurde der Bezug zur aktuellen Literatur hergestellt. Die Schlussfolgerungen verweist auch die Vorteile, die durch die Forschenden und die Studie für die Einführung des Pflegeprozesses entstanden sind, wie der Startschuss dafür gesetzt zu haben und den Kontakt zur Internationalen Pflegegemeinschaft etablieren zu können. Es werden Limitationen und die Möglichkeit für andere beschrieben.</p>

**Güte/ Evidenzlage:**

Die Evidenzlage in der Pyramide ist Stufe 1, eine Originalstudie

Die Güter der Studie ist ausgewogen. Es gibt Schwächen (Nachvollziehbarkeit der Analyse) und Stärken (Beforschte sind Co-Forscher, Peerfeedback, Nutzung von mehreren Wahrnehmungskanälen)

**Zusammenfassung der Studie: Leoni-Scheiber, C., Matteucci Gothe, R. & Müller-Staub, M. (2016) Die Einstellung deutschsprachiger Pflegefachpersonen gegenüber dem «Advanced Nursing Process» vor und nach einer Bildungsintervention. Quasi-experimentelle Interventionsstudie. Pflege 29(1), 33-42. DOI 10.1024/1012-5302/a000466**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In dieser Studie wird der Frage nachgegangen, wie österreichische und deutsche Pflegefachpersonen gegenüber dem Advanced Nursing Process (ANP) eingestellt sind, und ob ein Unterschied in der Einstellung zwischen den beiden Gruppen besteht.</p> <p>Es wurde eine quasi-experimentelle Interventionsstudie mit Prätest-Posttest-Design durchgeführt. Sie wurde in Österreich und in Deutschland durchgeführt. Vor und nach einer standardisierten Bildungsintervention haben 51 Pflegefachpersonen ihre Einstellung mit dem Instrument «Positions on Nursing Diagnosis» (PND) eingeschätzt. Vor der Bildungsintervention war der durchschnittliche Einstellungsscore der österreichischen Pflegenden positiver als in der deutschen Gruppe. Nach der Studienintervention empfanden beide Gruppen die Pflegediagnostik statistisch signifikant überzeugender und verständlicher. Jedoch empfanden beide Gruppen die Umsetzung des ANP nach wie vor als schwierig und anspruchsvoll.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde ein quasi-experimentelle Interventionsstudie mit Prätest-Posttest-Design durchgeführt.</li> <li>• Es nahmen 13 österreichische und 38 deutsche Pflegefachpersonen teil, welche das Bakkalaureat-Studium als pflegerische Zweitausbildung absolvierten. Es wurden keine demographischen oder darüberhinausgehenden Daten erhoben.</li> <li>• Alle Teilnehmer erhielten dieselbe Studienintervention, welche zwei Tage dauerte. Der inhaltliche Schwerpunkt lag im Vermitteln des diagnostischen Prozesses und in der Anwendung des ANP inklusive evidenz-basierter Pflegeinterventionen. Die Kürze der Intervention lag in der curricularen Planung begründet. Die Bildungsinterventionen fanden im Juni 2010 bzw. im Februar 2011 statt. Es wird keinen Unterschied gemacht, über die Grösse der Vorkenntnisse.</li> <li>• Jeweils zu Beginn und am Ende dieser standardisierten Bildungsintervention wurde die Einstellung von Pflegefachpersonen mit dem Instrument «Positions on Nursing Diagnosis» (PND) erhoben. Es beinhaltet 20 aus der Literatur abgeleiteten Items, mit insgesamt 40 bipolaren Adjektiven, wobei jeweils ein gegensätzliches Adjektivpaar an den Enden einer 7-Punkte-Skala steht. Das PND-Instrument wurde von vier Expert/inn/en auf seine Inhaltsvalidität geprüft.</li> <li>• Die Test-Retest-Reliabilität <math>r = 0,91</math>, <math>p &lt; 0,0001</math>, die interne Konsistenz gemäss Cronbachs Alpha lag bei 0,97.</li> <li>• Der Studie liegt ein explorativer Ansatz zu Grunde. Mithilfe der deskriptiven Statistik wurden Lage- und Streuungsparameter sowie Häufigkeiten berechnet. Zur Auswertung der ordinal skalierten Daten beim Vorher-Nachher-Vergleich wurde der Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben eingesetzt. Für den österreichisch-deutschen Vergleich (zwei unverbundene Stichproben) wurde der Mann-Whitney-U-Test gewählt. Aufgrund der ungerichteten Forschungshypothesen wurden aller statistische Test zweiseitig durchgeführt, das Signifikanzniveau war auf <math>\alpha = 0,005</math> festgelegt. Die Datenauswertung wurde durch eine unabhängige Person vorgenommen, die weder an der Datensammlung noch an der Studienintervention beteiligt war.</li> <li>• Es wurde keine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt, da auch keine Patienten teilnahmen. Alle Bildungsteilnehmer/innen führten den Einstellungstest freiwillig durch, gaben ihre informierte Zustimmung und die anonyme Handhabung wurde zugesichert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ergebnisse der psychometrischen Testung der US-amerikanischen Originalversion waren gut.</li> <li>• Die 13 österreichischen Studienteilnehmenden bezeichneten Pflegediagnostik vor allem als sinnvoll und wichtig (6,5). Nach der Interventionsschulung empfanden die österreichischen Pflegefachpersonen die Pflegediagnostik als sehr intelligent (6,9), wichtig (6,8) und nützlich (6,7). Die Gesamtpunktzahl stieg von 108,0 auf 122,8. Dies entspricht einem Punktezuwachs von 14,8.</li> <li>• Die 37 deutschen Studienteilnehmenden bezeichneten Pflegediagnostik als relevant (5,6). Nach der Interventionsschulung bezeichneten die Pflegefachpersonen aus Deutschland die Pflegediagnostik am häufigsten als wichtig und bedeutsam. Die Gesamtpunktzahl stieg von 94,9 auf 114,3. Dies entspricht einem durchschnittlichen Punktezuwachs von 19,4.</li> <li>• Der Unterschied zwischen den mittleren Einstellungsdifferenzen der österreichischen und deutschen Pflegefachpersonen war statistisch signifikant (<math>p = 0,045</math>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Studie bringt zu Tage, dass die Umsetzung des PP mit seinen Komponenten sowie den personellen und strukturellen Verflechtungen äusserst komplex und anspruchsvoll sei. Auch in anderen Studien wurden Schwierigkeiten in der Komplexität der Strukturen von PD, dem Vokabular und der Dokumentation identifiziert. Die von den Teilnehmenden ausgewiesene Unannehmlichkeit könnte ein Hinweis auf Schwächen in der Kompetenz zur Pflegediagnostik sein; aber auch auf mangelnde Ressourcen im praktischen Setting oder entsprechende organisationale Rahmenbedingungen hindeuten, denn auch die Kultur der Organisation ist Träger von Einstellungen, Wissen und Werten und beeinflusst das pflegerische Handeln.</li> <li>• Primär war die Gruppe der österreichischen Pflegefachpersonen deutlich positiver eingestellt als die Pflegenden aus Deutschland. In Österreich wird die Feststellung und Formulierung von Pflegediagnosen innerhalb der Pflegedokumentation seit 1997 gesetzlich gefordert. Die weniger ausgeprägte positive Einstellung der deutschen Pflegefachpersonen könnte mit der konkreten Umsetzung in Zusammenhang gebracht werden. So legten Qualitätsprüfungen des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen einen teilweise erheblichen Handlungsbedarf bezüglich der Anwendung und Umsetzung des Pflegeprozesses nahe. Die Befähigung der Auszubildenden, ihr Pflegehandeln nach dem Pflegeprozess zu gestalten, ist in der deutschen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege festgehalten. Im Krankenpflegegesetz (§ 3) wurde unter anderem die eigenverantwortliche</li> </ul>

			<p>Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs fixiert, nicht jedoch die explizite Umsetzung der Pflegediagnostik. Möglicherweise ist die länger zurückliegende und explizite formulierte gesetzliche Verankerung in Österreich für die positivere Einstellung gegenüber der Pflegediagnostik als Teil des ANP ausschlaggebend.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein weiterer möglicher, beeinflussender Faktor der Einstellung von Pflegenden gegenüber der Pflegediagnostik könnte in der gegebenen Personalausstattung liegen.</li> <li>• Neuere Studien belegen positive Effekte der Einführung von Pflegediagnostik in Praxis und Ausbildungen, dennoch wird der ANP noch nicht überall umgesetzt.</li> </ul>
--	--	--	--

**Würdigung der Studie: Leoni-Scheiber, C., Matteucci Gothe, R. & Müller-Staub, M. (2016) Die Einstellung deutschsprachiger Pflegefachpersonen gegenüber dem «Advanced Nursing Process» vor und nach einer Bildungsintervention. Quasi-experimentelle Interventionsstudie. Pflege 29(1), 33-42. DOI 10.1024/1012-5302/a000466**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Schritte des Forschungsprozesses wurden für mich nachvollziehbar dargelegt und beinhalten Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussionsteil, Anhang und Referenzen. Die Forschungsfrage ist für mich klar formuliert: es werden zwei Gruppen anhand einer Einschätzungs-Skala miteinander verglichen.</p> <p>Der Artikel weist ein zahlreiches Referenzverzeichnis auf.</p> <p>Die 1. Autorin hat zwei Master, einen in Pflege, die 2. Autorin hat einen Dipl.-Stat. Die 3. Autorin hat einen PhD, MNS und ist Pflegefachfrau. Ihre Arbeitssorte werden genannt.</p> <p>Es werden keine Interessenskonflikte erwähnt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar. Die Forschungsfrage wird im Text klar beschrieben. Als Design wurde eine quasi-experimentelle Interventionsstudie mit Prätest-Posttest-Design gewählt, was sinnvoll ist, da eine Intervention getätigt wurde und das Vorher-Nachher miteinander verglichen wurden.</li> <li>Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht.</li> <li>Die Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation, lässt aber aufgrund ihrer Grösse keine Generalisierung der Ergebnisse zu, wie die Autoren anmerken.</li> <li>Für eine quantitative Studie ist die Stichprobe (n = 51) eher klein, aber <math>\geq 30</math>, was ausreichend ist. Begründet wird die Grösse nicht. Auch Drop-outs werden nicht erwähnt.</li> <li>Es handelt sich um eine österreichische (13 TN) und eine deutsche (38 TN) Gruppe von Pflegefachkräften, sie sind einander ähnlich, einzig das Grössenverhältnis ist nicht ausgeglichen.</li> <li>Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar.</li> <li>Die Methoden der Datenerhebung waren für alle Teilnehmenden gleich, und komplett erhoben</li> <li>Das PND-Instrument wurde von vier Expert/inn/en auf seine Inhaltsvalidität geprüft. Die Ergebnisse der psychometrischen Testung der US-amerikanischen Originalversion waren gut. Die Übersetzung erfolgte durch einen erfahrenen Fachübersetzer und wurde von zwei Expert/inn/en überprüft, und ist somit reliabel.</li> <li>Die Auswahl des Messinstrumentes wird nachvollziehbar begründet.</li> <li>Mögliche Verzerrungen / Einflüsse werden nicht diskutiert.</li> <li>Das Verfahren der Datenanalyse wird klar beschrieben.</li> <li>Die statistischen Verfahren sind sinnvoll angewendet, die verwendeten statistischen Test entsprechen dem Datenniveau.</li> <li>Die Höhe des Signifikanzniveaus ist vorhanden und begründet.</li> <li>Es wird kein Bezug zu ethischen Fragen genommen, das Fachpersonal, hat freiwillig an der Studie teilgenommen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ihre Einstellung wurde vor und nach der Intervention mit demselben Instrument erhoben in Deutschland wurde bereits 1994 gegründet, der Start in der österreichischen FH erst 2008. Es wird nur erwähnt, dass die Teilnehmenden Pflegeprozess aber wenig Wissen zum ANP hätten.</li> <li>Die Art und Weise der Datenerhebung passt zur Forschungsfrage und zum Forschungsansatz, da die Studie die Einstellung vor und nach einer Interventionsintervention bei den Pflegefachpersonen erhob, d.h. es wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich erstellt. Die Studienintervention enthielt jeweils denselben Aufbau sowie dieselben Präsentationen und Lehrmethoden, wobei die Studienintervention genauso durchgeführt wurde, wie sie geplant war. Der inhaltliche Schwerpunkt lag im Vermitteln des diagnostischen Prozesses und in der Anwendung des ANP inklusive evidenzbasierter Pflegeinterventionen. Jeweils zu Beginn und am Ende dieser standardisierten Bildungsintervention wurde die Einstellung von Pflegefachpersonen mit dem Instrument „Position on Nursing Diagnosis“ (PND) erhoben.</li> <li>Die Einschlusskriterien der Expert/inn/en für die Reviews waren: Mindestvoraussetzung Master in Nursing Science, Kenntnisse der PND-Instrument-Originalliteratur und damit durchgeführter Studien, Reviewtätigkeiten bei Studien, die mit dem Originalinstrument durchgeführt wurden, Fachexpert/en/in zum ANP sowie Erfahrungen in Instrumentenentwicklung und -testung.</li> <li>Alle Teilnehmer nahmen an der gesamten Bildungsintervention teil. Es wurde in beiden Settings eine Vollerhebung durchgeführt. Alle Bildungsteilnehmer/innen führten den Einstellungstest freiwillig durch, gaben ihre informierte Zustimmung und die anonyme Handhabung wurde zugesichert.</li> <li>Da es hier um die Interventionsmessung geht, scheint die Datenerhebung mittels einer quasi-experimentellen Studie sinnvoll zu sein. Da Interventionsstudien sich mit der Frage befassen, inwieweit eine Intervention Einfluss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es werden alle Resultate diskutiert.</li> <li>Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein.</li> <li>Die Resultate werden in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und im internationalen Vergleich verglichen.</li> <li>Es wird nach alternativen Erklärungen gesucht, nämlich die Personalausstattung. Darunter fallen auch die hohe Arbeitsbelastung, unattraktive Rahmenbedingungen und fehlende Perspektiven im Beruf.</li> <li>Die Studie ist sinnvoll, Stärken und Schwächen werden diskutiert, wie die geringe der Studiengrösse.</li> <li>Die Ergebnisse sind uneingeschränkt in der Praxis einsetzbar.</li> <li>Es wäre sicher möglich, die Studie in einem klinischen Setting zu wiederholen.</li> </ul>

		<p>hat. Die unabhängige Variable ist dabei die Maßnahme. Es ist dabei zwischen zwei Gruppen zu unterscheiden. Der Mann-Whitney-U-Test, ist ein nichtparametrisches Verfahren. Er testet zwei unabhängige Stichprobe auf Gleichheit ihrer Lageparameter. Damit ist er eine effiziente Alternative zum t-Test, wenn dessen Voraussetzungen nicht erfüllt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Studie sammelte die Einstellung deutscher und österreichischer Pflegefachpersonen, vor und nach einer Interventionsschulung. Die Daten in Tabelle 1 zeigen ein Punkteranking im internationalen Vergleich zur Einstellung Pflegenden gegenüber der Pflegediagnostik anhand der „Positions on Nursing Diagnoses“ / PND-Scale. In Tabelle 2 werden die einzelnen Items und ihre Einschätzungen durch die beiden Gruppen aufgezeigt. Tabelle 3 zeigt die Verteilung der mittleren Einstellungs-differenzen der beiden Länder.</li> <li>• In Bezug zur Fragestellung nach der Einstellung des Pflegepersonals zum ANP vor und nach der Interventionsschulung werden relevante Ergebnisse berücksichtigt.</li> </ul>	
--	--	---	--

**Güte/ Evidenzlage:**

- **Objektivität:** Mit dem Fragebogen „Positions on Nursing Diagnosis“ wurde ein Instrument geschaffen, zur Messung der Einschätzung der Einstellung der Pflegenden gegenüber der Pflegediagnostik, es wurde in den USA entwickelt, und in verschiedene Sprachen übersetzt.
- **Reliabilität:** Da es sich um ein valides Messinstrument handelt, ist die Zuverlässigkeit des Fragebogens gegeben. Da der Fragebogen schon für viele andere Studie verwendet wurde, sind die Ergebnisse durch das Messinstrument reproduzierbar.
- **Validität:** Die Forscher nennen das PND als ein validiertes Instrument zur Einschätzung der Einstellung der Pflegefachpersonen zum ANP, welches in den USA entwickelt wurde und in mehrere Sprachen übersetzt worden ist.

**Güte der Studie:** Die Studie hat eine ausgewogene Güte.

**6 S-Evidenzlevel:** Stufe 1: Die Studie wurde in der Datenbank PubMed veröffentlicht.



**Zusammenfassung der Studie: Müller Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008). Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. Journal of Advanced Nursing, 63(3), 291–301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04700.x>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Einführung einer standardisierten Sprache ist Voraussetzung für die Verwendung von elektronischer Dokumentation im Gesundheitswesen, wie sie weltweit angestrebt wird. Es wird mit Literatur belegt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Verwendung der NANDA dafür eine gut erforschte Grundlage bietet wie in der Schweiz 1980 der Pflegeprozess erfolgreich etabliert und Pflegediagnosen 1990 eingeführt wurden</li> <li>- in Ausbildungsprogrammen die Entwicklung diagnostische Argumentation bei den Auszubildenden nicht gefördert wird</li> <li>- es nachgewiesen wurde, dass Pflegediagnosen nicht den Erfordernissen entsprechen</li> <li>- in schweizer Hospitäler in denen initial NANDA NIC und NOC eingeführt einen positiven Einfluss auf Pflegedokumentation beobachtet wurde</li> <li>- die diagnostischen Erfordernissen für die Pflegefachleute aber nicht ausreichend gefördert werden</li> <li>- Fallbesprechungen die Entwicklung fördern</li> <li>- geführte klinische Entscheidungsfindung das kritische Denken fördern können.</li> </ul> <p>Das Ziel der Studie ist den Effekt der dieser geführten klinischen Entscheidungsfindung (GKE) als Intervention im</p>	<p><u>Design/ Ansatz:</u> Es wurde eine randomisierter Interventionsclusterstudie durchgeführt, um zu ermitteln, ob es zu einer Verbesserung durch die neue Intervention kommt.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Jeweils 6 vergleichbare Stationen (Disziplin, Teamzusammensetzung), wobei 3 die neue Intervention (Interventionsgruppe) erhielten und 3 mit der bisherigen bestehenden Methode (Kontrollgruppe). Die Wahl der Teilnehmenden in Cluster Randomisierung wird mit der Arbeit als Team an der Pflegedokumentation arbeiten und nicht die Maßnahme an Einzelpersonen beurteilt werden konnte begründet</p> <p>Die Randomisierung erfolgte über unbeteiligte Pflegefachpersonen per mischen und ziehen von versiegelten Briefumschlägen, um die Interventionsstationen zu bestimmen.</p> <p>Die Stichprobe der Patienten weist keine statistische Signifikanz in Bezug auf Alter, Geschlecht oder medizinischen Diagnosen auf.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Es wurde die Dokumentation der betreuten Patienten genutzt (Kurve, Überwachungsblätter, Pflegebericht)</p> <p>Eine Poweranalyse wird nicht erwähnt.</p> <p>Die Daten wurden 2 mal erhoben (Baseline 08-12.2004, Durchführung der Intervention 01-05.2005 und Postintervention 08-12.2005).</p> <p>N: 444 (2x 222, bei 37 Diagnosen) Es wurden 225 Pflegedokumentationen geprüft. Dabei wurde die erste bzw. die ersten beiden Pflegediagnosen genutzt.</p> <p>Einschlusskriterien: mindestens 4 Tage Aufenthaltsdauer und Vorhandensein einer individuellen Pflegeplanung.</p> <p><u>Messverfahren:</u> Es wird der Einsatz einer Fortbildungsintervention getestet. Als Messinstrument diente die Quality of Diagnosis, Intervention and Outcome (Q-DIO) die von den Autoren entwickelt und in Vorstudien getestet wurde. Es besteht aus 4 Hauptgruppen, die in 29 Items differenziert sind. Für diese Studie wurden die Items auf 18 Items eingesetzt, ohne die Pflegediagnose als Prozess zu beurteilen. Die interne Konsistenz nach Cronbach Alpha war: 0.98 Pflegediagnose, 0.90 für Pflegeintervention und 0.99 für Patienten-Outcome. Die Reliabilität hatte ein Kappa von 0.98 und die Interrater Reliabilität von schätzungsweise 0.95</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Es handelt sich um intervallskalierte Daten (0-4). Es wurde der Mittelwert über die 3 Kategorien gebildet (max. 4 erreichbar)</p> <p>Es wurden wurde der T-Test für unabhängige Stichproben für jede Kategorie durchgeführt. Zusätzlich wurde mit einem Mixed Effects Modell geprüft, ob die zufällige Einflüsse auf den Abteilungen einen Einfluss auf die Ergebnisse hatten.</p> <p>Das Signifikanzniveau wurde nicht erwähnt.</p> <p>Ethik: Es wird die allgemeine Information der Mitarbeiter auf allen 18 Abteilungen beschrieben. Die Gruppenzuteilung wurde nicht an die Teilnehmer weitergeleitet (Verblindung). Die Pflegedokumentation wurde erst via Archiv, nicht auf der Abteilung eingesehen. Die Dokumentation wurde anonymisiert, kopiert und codiert durch eine Pflegefachperson, die dafür geschult wurde und dann an den ersten Autor weitergeleitet.</p> <p>Die Genehmigung durch die Ethikkommission des Spitals lag vor. Eine informierte Zustimmung der Pflegefachleute ebenso.</p>	<p>Pflegediagnosen: IG(prä):2.69 IG(post):3.7 P:0.001 KG(prä):3.13 KG(post):2.97 P:0.17</p> <p>Interventionen IG(prä):2.33 IG(post):3.88 P:0.001 KG(prä):2.70 KG(post):2.46 P:0.05</p> <p>Outcome IG(prä):1.53 IG(post):3.77 P:0.001 KG(prä):2.02 KG(post):1.94 P:0.62</p> <p>Es werden Beispiele wie sich die Änderungen in der Dokumentation sichtbar gemacht hat, gegeben.</p> <p>Die Grundsätzlichen statistischen Daten werden beschrieben, das Signifikanzniveau wird nicht erwähnt.</p>	<p>Die Signifikanz der Ergebnisse in den 3 Kategorien in der Interventionsgruppe werden als Nachweis über die Wirksamkeit der Intervention herangezogen.</p> <p>Es wird mit Literatur nochmals das Fehlen und die Diagnosefähigkeiten der Pflegenden beschrieben und die Notwendigkeit der Weiterbildung untermauert. Die Forschungsfrage wird somit beantwortet.</p> <p>Die Limitationen werden beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird die Verallgemeinerung zurückhaltend bezeichnet, weil es nur ein Spital betrifft.</li> <li>- Die Langzeitauswirkung fehlt</li> <li>- Dokumentationsfehler können nicht ausgeschlossen werden</li> <li>- Wahrheitsgehalt der Dokumentation wegen Rechtsgültigkeit als anzunehmen bezeichnet.</li> <li>- Die Skalenwahl wird in den Vor- und Nachteilen erwähnt und abgewogen, die Validität und Reliabilität nochmal erläutert</li> <li>- Es wird beschrieben, dass statistisch die medizinischen Diagnosen von den Pflegediagnosen unabhängig sind.</li> </ul> <p>Die Ergebnisse in den 3 Kategorien werden erneut aufgenommen und mit Pflegedokumentationsbeispielen erläutert.</p> <p>Das Q-DIO Instrument wird als mögliches Instrument für ein Audit der Pflegedokumentation empfohlen.</p> <p>Die möglichen Verbesserungen durch die Maßnahmen werden genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch die Verbesserung des kritischen Denken kann eine</li> </ul>



<p>Vergleich zur Fallbesprechung zu untersuchen Es werden folgende Forschungsfragen gestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Führt die GKE zur Verbesserung der Dokumentationsqualität in Fokus von korrekt gestellter Diagnose, stimmigen Interventionen bezogen auf Ethnologie und der einer Outcome Beschreibung die die Verbesserung des Patientezustandes beschreibt.</li> </ol> <p>Die Einführung des ist als Weiterführung zur Einführung der standardisierten Sprache betrachtet</p>			<p>bessere Selbstreflektion erreicht werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnosestellung und die Dokumentation werden gemeinsam verbessert.</li> <li>- Pflegende und Ausbilder werden im Übergangsprozess der Einführung der elektronischen Dokumentation unterstützt</li> </ul>
---	--	--	---

**Würdigung der Studie: Müller Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. & Achterberg, T. van. (2008). Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. Journal of Advanced Nursing, 63(3), 291–301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04700.x>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die wichtige Frage, wie sich die Einführung der elektronischen Dokumentation und wie das diagnostische Geschick der Pflegenden verbessert werden können, werden beantwortet. Die Forschungsfragen werden klar definiert und unter der Berücksichtigung von aktueller Literatur nachvollziehbar dargestellt, also was eine Erweiterung der aktuellen Praxis erreichen kann.</p>	<p><u>Design:</u> Das gewählte Interventionsstudiendesign wird logisch nachvollziehbar beschrieben und die spezifischen Anpassungen (Cluster) werden begründet. Die interne Validität wird durch die schon erfolgte Testung des Instrumentes und der allgemeinen Information an alle Stationen über die Messung ohne Information wer konkret gemessen wird gut kontrolliert. Die externe Validität wird durch die Unabhängigkeit der Messung in Bezug auf Charakteristika der einzelnen Stationen kontrolliert.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Die Stichprobe ist angemessen (n=444). Es wurde allerdings keine Poweranalyse vorher durchgeführt. Die Ergebnisse sind für die Übertragung an andere Pflegenden sinnvoll möglich. Die Dokumentation wurde aus dem Archiv übernommen, es gab keine Drop outs. Die Vergleichsgruppe wird unter statistischen Untersuchungen als nicht verschieden ermittelt (keine signifikanten Unterschiede in den geforderten Charakteristika)</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Ermittlung erfolgt nicht direkt durch die Forschenden, sondern diese Werten die Daten aus. Es wird kein Unterschied bei der Datensammlung beschrieben.</p> <p>Die Daten wurden vollständig erhoben. (37 Pflegediagnosen aus 225 Pflegedokumentationen je also 222 auf je drei Abteilungen)</p> <p><u>Messverfahren:</u> Die Objektivität, Validität und Reliabilität des Instrumentes wurden durch positive Testung im Vorfeld/zuvor durchgeführter Studie bestätigt. Mögliche Verzerrungen auf die Messungen werden erwähnt und wurden in die Messung einbezogen (Mixed Effects Modell) und so ausgeschlossen.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Das Verfahren der Datenanalyse ist ausführlich beschrieben, die Verwendung des unabhängigen T-Tests für diese Interventionsstudie sinnvoll. Der T-Test macht ebenfalls Sinn für die Ermittlung mit Intervallskalierter Daten. Das Signifikanzniveau wird nicht beschrieben, deshalb kann es nur durch die Resultate zurückgeschlossen werden. Die P-Werte legen aber eine Signifikanz von ca. 0.05 nahe.</p> <p><u>Ethik:</u> Das Vorliegen der informellen Einwilligung und die Genehmigung der Ethikkomitee sind erfüllt. Die Information der Patient, deren Dokumentation verwendet wurde, ist nicht erwähnt.</p>	<p>Die Ergebnisse werden im Text erläutert und sind in Tabellen zusammengefasst. Die wesentlichen Werte sind angezeigt, allerdings ohne Signifikanzniveau. Die Tabelle 2 weist einen kleinen Formfehler auf.</p>	<p>Die Resultate werden diskutiert. Die Interpretationen sind anhand der Daten nachvollziehbar. Limite und Konzepte anderer Studien sind erwähnt und werden abgewogen. Teilweise werden auch Überlegungen zu nicht signifikanten Ergebnissen erläutert. Die Studie macht Sinn, weil sie die Verbesserung der pflegediagnostischen Fähigkeiten und der Pflegedokumentation durch die Intervention prüft.</p>

**Güte/ Evidenzlage:** Die Studie hat eine hohe Güte

**Objektivität:** Die Werte wurden gemäss einer Licker Skalierung von 0 bis 5 bestimmt. Die Forscher beschreiben eine Interrater-Reliabilität von 0,95 (Cohen)

**Reliabilität:** Durch vorherige Studien kann dem Instrument eine gute Reliabilität bescheinigt werden für die verwendeten Items (Cronbachs Alpha )

**Validität:** Die Studie ist valide, es wird die Güte der Pflegedokumentation in einen Zahlenwert übertragen. Die Güte der Pflegedokumentation ist Ziel der Messung. Einzig das Fehlen des Signifikanzniveaus ist zu kritisieren.

**Die Evidenzlage der Studie** ist gemäss der Stufeneinteilung eine Originalstudie also auf Stufe 1.

**Zusammenfassung der Studie: Paganin, A., Moraes, M.A., Pokorski, S. & Rabelo, E. R. (2008), Factors that inhibit the use of nursing language. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Volume 19, No 4, October-December 2008. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2008.00103.x**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den Forschenden ist bekannt, dass die Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis Probleme bereitet, diese möchten sie gerne analysieren.</li> <li>• Die Forschenden haben einen Fragebogen entwickelt, um institutionelle, berufliche und persönliche Faktoren, welche die Umsetzung des Pflegeprozesses im beruflichen Umfeld beeinflussen, zu evaluieren.</li> <li>• Faktoren, welche untersucht wurden, waren stressige Schichten/Dienste, Anzahl der zu Pflegenden pro Pflegefachkraft, Fehlen von Standards, administrative Aufgaben sowie Fachbegriffe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde eine Querschnittstudie durchgeführt.</li> <li>• Das Design wird nicht begründet.</li> <li>• Es wurden die 21 Pflegefachpersonen aus einem Universitätsspital in Brasilien vom Mai – Juni 2005 befragt. Die Teilnehmenden hatten ein Hauptalter von 29,7 plus/minus 7,58 Jahre Die Pflegefachpersonen arbeiteten auf klinischen Stationen mit Erwachsenen Patienten, Notfallstation und Intensivstation und haben unterschiedliche Levels an Erfahrungen und im praktischem Training von Diagnosen erstellen.</li> <li>• Wie die Stichprobe gezogen wurde, ist nicht beschrieben.</li> <li>• Die Teilnehmenden arbeiten auf der Bettenstation (n = 12), im Notfall (n = 4) und auf der Intensivstation (n = 5)</li> <li>• Es gibt nur eine Studiengruppe.</li> <li>• Daten wurden mit einem geschlossenen, strukturierten Fragebogen, der speziell für diese Studie entworfen wurde, erhoben.</li> <li>• Es werden verschiedene sozial-demografische Daten erhoben, wie Alter, Geschlecht, Jahre seit Abschluss, Berufserfahrung in Jahre, Erfahrungen im Umgang mit Pflegeprozess, theoretisches und praktisches Training im Pflegeprozess, Erfahrungen in Pflegediagnosen, theoretisches und praktisches Training in Pflegediagnosen, Privatklinik.</li> <li>• Für jede Gruppe von Faktoren (institutionelle, berufliche und persönliche) konnten eine Punktzahl von 0 bis 100 angegeben werden. Die Daten wurden mittels einer schriftlichen Befragung erhoben.</li> <li>• Es wurde ein Fragebogen für diese Studie erstellt. Es wird nichts begründet, noch wird der Name des Fragebogens genannt.</li> <li>• Es wurde nach institutionellen, beruflichen und persönlichen Faktoren gefragt, welche die Nutzung der Fachsprache behindern könnten. Die Datenerhebung fand während der Arbeitszeit statt, die Pflegenden stimmten der Befragung zu, und sie vervollständigten den Fragebogen in der Abwesenheit der Forschenden.</li> <li>• Über des Datenniveau wird nichts erwähnt.</li> <li>• Es wird eine deskriptive Statistik verwendet. In Kategorien eingeteilte Variablen sind in relativer Frequenz (%) beschrieben. Es wird das Programm SPSS 12 verwendet.</li> <li>• Es wurde ein Signifikanzniveau festgelegt, in jeder Kategorie wurden die Zahlen der positiven Antworten dividiert durch das Total der Antworten, und das Resultat wurde mit einem Score von 0 – 100 präsentiert, was dem Prozentsatz von positiven Antworten entspricht.</li> <li>• Die Prüfung einer Ethikkommission des Institutional Research Ethics Committee fand statt und alle Teilnehmenden erhielten eine schriftliche Einverständniserklärung, dass ihre Teilnahme an der Studie eingetragen wurde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird auf Abbildung 1 verwiesen, in der die negativ beeinflussenden Faktoren aufgeführt sind, wie strenge Schichten, Anzahl Patienten pro Pflegenden, administrative Aufgaben, mangelnde Praxis in der Umsetzung des Pflegeprozesses, etc.</li> <li>• Unter dem institutionellen Faktor war der „Mangel eines Standard-Modell“ am signifikantesten verschieden unter den drei Gruppen der Pflegenden. Pflegenden und Notfall-Pflegenden wählten am häufigsten die Anzahl der Patienten pro Pflegenden.</li> <li>• Unter den beruflichen Faktoren weist der „Mangel an Erfahrung“ einen höheren Einfluss bei den Pflegenden und Notfall-Pflegenden auf, während geringes Wissen in klinischer Untersuchung nur von den Notfall-Pflegenden angegeben wurde.</li> <li>• Bei den Pflegenden auf der Intensivstation waren alle Parameter der professionellen Faktoren wenig gewichtet.</li> <li>• Während die persönlichen Faktoren, wie Fachsprache einen hohen Stellenwert bei den Pflegenden und Notfall-Pflegenden erhielten, und von den Intensiv-Pflegenden nicht gewählt wurden.</li> <li>• Signifikante Unterschiede wurden für berufliche Faktoren beobachtet zwischen Pflegenden mit vorhergehenden Erfahrungen im Pflegeprozess und Pflegenden ohne vorhergehende Erfahrungen im Pflegeprozess.</li> <li>• Die Punktzahl der beruflichen Faktoren war signifikant tiefer unter Pflegenden mit vorhergehendem theoretischem Training im Pflegeprozess verglichen mit denen ohne vorhergehendes theoretisches Training.</li> <li>• Pflegenden mit praktischen Erfahrungen im Pflegeprozess hatten tiefere Punktzahlen bei den institutionellen Faktoren, aber der Unterschied war statistisch nicht signifikant. Andererseits hatten Pflegenden mit Erfahrungen im Pflegeprozess signifikant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Studie sagt, dass sich mehrere Faktoren mit der Umsetzung des Pflegeprozesses beeinflussen. Diese Studie hat nur den Einfluss von ausgewählten institutionellen, beruflichen und persönlichen Faktoren untersucht, welche die tägliche Umsetzung des Pflegeprozesses an einem Universitätsspital in Brasilien aufzeigt.</li> <li>• Diese Resultate zeigen, dass alle drei Kategorien Faktoren aufweisen, welche die Umsetzung des Pflegeprozesses beeinflussen. Die spezifischen Parameter mit den höchsten Einflüssen waren die Arbeitsbelastung, Anzahl der Patienten pro Pflegenden, und der Anfall an administrativen Aufgaben.</li> <li>• Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die Zeit seit der Diplomierung wichtig ist, um den Pflegeprozess anzuwenden. Dieses Resultat war in früheren Studien kein Thema.</li> <li>• Als Limitation wird die Grösse der Stichprobe genannt, (n = 21 ist für eine quantitative Studie zu klein, sie sollte mindestens 30 betragen)</li> <li>• Diese Studie unterstützt frühere Studien, die aufzeigen, dass Pflegenden, welche sich viel um technische und administrative</li> </ul>

		<p>tieferen Punktzahlen bei den beruflichen und persönlichen Faktoren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine schwache Korrelation wurde zwischen der Länge seit der Diplomierung und dem institutionellen Faktor beobachtet.</li> <li>• Es wurde keine andere signifikante Korrelation beobachtet.</li> </ul>	<p>Aufgaben kümmern, weniger Zeit haben, um den Pflegeprozess anzuwenden.</p> <p><b>Conclusion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die institutionellen Faktoren beeinflussten die Umsetzung des Pflegeprozesses am meisten. Weiter stimuliert der Pflegeprozess die Entwicklung des kritischen Denkens, was wiederum für Lösungen und Entscheidungen wichtig ist. Um den Patienten eine höhere Pflegequalität zu können, muss der Pflegeprozess systematisiert werden, die Pflege-Ausbildungen vertieft, Trainings-Einheiten und die Motivation erhöht werden.</li> </ul>
--	--	---	--

**Würdigung der Studie: Paganin, A., Moraes, M.A., Pokorski, S. & Rabelo, E. R. (2008), Factors that inhibit the use of nursing language. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Volume 19, No 4, October-December 2008. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2008.00103.x**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Schritte des Forschungsprozesses wurden für mich nachvollziehbar dargelegt und beinhalten Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussionsteil, Anhang und Referenzen.</p> <p>Die Forschungsfrage ist nicht klar formuliert und muss aus dem Text herausgelesen werden.</p> <p>Die Studie beantwortet für mich eine wichtige Frage in der Berufspraxis / BA-Fragestellung.</p> <p>Das Thema wird im Kontext mit konzeptioneller und empirischer Literatur dargestellt und verglichen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Für mich ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch, doch nicht nachvollziehbar, da die Menge der Stichprobe bloss n=21 beträgt, was eigentlich zu wenig ist, aber doch möglich, um eine Studie durchzuführen.</li> <li>Es werden keine Gefahren einer internen oder externen Validität kontrolliert bzw. genannt.</li> <li>Die Querschnittstudie ist für das Design angebracht, da sie eine einmalige Befragung vorsieht.</li> <li>Die Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation, kann aber nicht auf die gesamte Population ausgedehnt werden.</li> <li>Die Stichprobengrösse ist mit n = 21 klein, es sollte mindestens n ≥ 30 sein. Es wird nicht begründet, weshalb nur so wenige Teilnehmenden befragt wurden. Das Ergebnis wird dadurch nicht beeinflusst.</li> <li>Es wurde keine Vergleichsgruppe erstellt, es sollte auch nicht das Ziel sein, dass das Wissen von Pflegenden auf Bettenstation mit Notfall- und Intensivstation verglichen werden sollte. Dennoch zeigte sich, dass hauptsächlich institutionelle, berufliche und persönliche Faktoren durch die Pflegenden gewählt wurden, um ein besseres Verständnis der verschiedenen Einflussfaktoren auf den Pflegeprozess zu erzielen.</li> <li>Es wird nichts über Drop-outs gesagt.</li> <li>Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar und wird mittels eines geschlossenen, strukturierten Fragebogens, der speziell für diese Studie entworfen wurde, erhoben.</li> <li>Die Datenerhebung ist für alle Teilnehmenden gleich und ist von allen 21 Teilnehmenden komplett erhoben worden.</li> <li>Es wird nichts über die Messinstrumente erzählt (Zuverlässigkeit/Validität), auch nicht über deren Auswahl, nur dass der Fragebogen speziell für diese Studie entworfen wurde.</li> <li>Es wird nichts über die Validität des Messinstruments gesagt.</li> <li>Die Wahl der Messinstrumente wird nicht begründet.</li> <li>Mögliche Verzerrungen/Einflüsse auf die Intervention werden nicht genannt, es gibt auch keine Intervention.</li> <li>Das Verfahren der Datenanalyse wird nicht genau beschrieben, das SPSS 12.0 wird verwendet. Die kategorialen Variablen werden mittels relativer und absoluter Frequenz beschrieben, was für das Design sinnvoll ist.</li> <li>Es wird erwähnt, dass mit dem Chi-Quadrat Test die kategorialen Variablen verglichen werden. Der Kruskal-Wallis Test wurde verwendet, um die Abweichung der quantitativen Variablen zu errechnen. Mit dem Mann-Whitney Test wurde die Abhängigkeit der Parameter aufgezeigt. Die Beziehung zwischen den quantitativen Variablen wurde mit dem Spearman-Korrelations-Koeffizienten analysiert, was für das Design sinnvoll ist.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Ergebnisse sind präzise dargestellt. Allerdings stellt sich für mich die Frage, ob es nicht etwas vereinfacht wurde, dass verschiedene Pflegenden je nach Abteilung verschiedene Niveaus an Erfahrungen und Übungen im Pflegeprozess und Pflegediagnose haben.</li> <li>Auf Tabelle 1 wird nach dem ersten Satz verwiesen, der Text und die Tabelle sind für mich nicht kongruent.</li> <li>In Tabelle 2 werden die einzelnen Faktoren aufgeführt und nach Abteilung gesplittet. Für mich ist diese Tabelle auch gut verständlich, gewisse Aufführungen sind im Text nicht in diesem Sinne verständlich.</li> <li>In Abbildung 1 wird auf die beeinflussenden Faktoren eingegangen, und erscheint mir als sehr verständlich.</li> <li>Alle Angaben sind vollständig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Diskussion ist viel ausführlicher als die Ergebnisse. Es werden alle Ergebnisse diskutiert, wie auch die Ergebnisse aus anderen Studien einbezogen.</li> <li>Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein, und es wird auch auf die Abbildung und Tabellen Bezug genommen. Hauptsächlich werden die beeinflussenden Faktoren, aufgeteilt in institutionelle, berufliche und persönliche Faktoren, genannt, welche die Implementation des Pflegeprozesses beeinflussen.</li> <li>Die Resultate werden in Bezug zur Fragestellung / Hypothesen, Konzepte, Titel und anderen Studien diskutiert und verglichen. Der Titel verlangt nach Faktoren, welche die Fachsprache beeinflussen; diese Frage wird beantwortet mit den negativ beeinflussenden Faktoren, welche in drei Kategorien eingeteilt sind. Die Forschungsfrage ist nicht so klargestellt, dass sie hiermit beantwortet wäre. Es wird zu zahlreichen früheren Studien Bezug genommen, die alle etwa in ähnlichem Rahmen sind.</li> <li>Als alternative Erklärung wird die Entwicklung eines standardisierten Modells zur Implementierung des Pflegeprozesses vorgeschlagen. Was im Pflegeteam diskutiert und akzeptiert wird, und die Schwierigkeiten im Verstehen von Diagnosen reduzieren soll sowie die Implementation des Pflegeprozesses erleichtern soll. Die Resultate zeigen auf, dass die Zeit seit der Diplomierung einen wichtigen Einfluss auf die Ausführung der Pflegediagnose hat. Die Institute sollten ihre Pflegenden</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In jeder Kategorie wird die Zahl der positiven Antworten durch die Zahl des Totals dividiert, und das Ergebnis wurde auf einer Skala von 0 – 100 präsentiert, was dem Prozentsatz der positiven Antworten entspricht.</li> <li>• Ich gehe davon aus, dass die statistischen Angaben eine Beurteilung zulassen, für mich ist jedoch nicht ganz nachvollziehbar, wie die Forschenden zu dem Ergebnis kommen. Das Signifikanzniveau ist vorhanden.</li> <li>• Eine Bewilligung des Institutional Research Ethics Committee wurde eingeholt und die Teilnahme war freiwillig. Die Teilnehmenden unterschrieben eine Einverständniserklärung. Die Befragung fand während der Arbeitszeit statt, die Vervollständigung des Fragebogens fand in Abwesenheit der Forschenden statt. Es handelt sich um keine Patientenbefragung, und es wurden keine Interventionen vorgenommen.</li> </ul>		<p>im Pflegeprozess schulen und weiterbilden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Studie ist insofern sinnvoll, da sie wohl auch in der Schweiz ähnlich ausfallen wird. Es wird aufgezeigt, dass die 21 Teilnehmenden erst kürzlich diplomiert wurden, jung waren und somit wenig Erfahrungen im Berufsalltag und in der Anwendung des Pflegeprozesses haben.</li> <li>• Die Ergebnisse sind gut in der Praxis umsetzbar, wenn jede Institution ihr Pflegepersonal vermehrt schult, und die Pflegenden von den administrativen Arbeiten entlastet.</li> <li>• Auf jeden Fall wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen.</li> </ul>
--	--	--	--

**Güte/ Evidenzlage:**

- **Objektivität:** Leider wurde in der Studie nicht erwähnt, mit was für einem Messinstrument gearbeitet wurde. Es wurde eigens ein Fragebogen für die Studie erarbeitet, und alle Teilnehmenden erhielten denselben Fragebogen, was eine gewisse Datenobjektivität anstrebt.
- **Reliabilität:** Da es sich um eine Querschnittstudie handelt, kann eine Zuverlässigkeit von gleichen Fragebögen, Mess- und Assessmentinstrumenten miteinander verglichen werden, was in der Studie auch gemacht wird, da 3 Gruppen von Pflegenden (auf der Bettenstation, auf der Notfall- und auf der Intensivpflegestation) miteinander verglichen werden.
- **Validität:** Die Validität des speziell entworfenen Messinstruments wird nicht genannt.

**Güte der Studie:** Die Studie hat eine ausgewogene Güte.

**6 S-Evidenzlevel:** Stufe 1: Die Studie wurde in der Datenbank PubMed veröffentlicht.

**Zusammenfassung der Studie: Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P. & Rabelo, E. R. (2009). Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17 (3), 302–307. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300004>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beschäftigt sich mit den Schwierigkeiten wie die Schritte des Pflegeprozesses in der täglichen Routine im Vergleich zur Literaturvorgabe umgesetzt werden.</p> <p>Eine konkrete Forschungsfrage wird nicht formuliert.</p> <p>Es bestehen laut Voruntersuchungen und Studien Schwierigkeiten alle Schritte des Pflegeprozesses in der Praxis umzusetzen. Diese sind in Brasilien wie auch in Europa und Nordamerika anzutreffen. Es wird betont das eine effektive Implementierung des Pflegeprozesses zur einer verbesserten Pflegequalität und Entwicklung theoretischer der und wissenschaftlicher Modellen führt, die dann beste klinische Praxis repräsentieren.</p>	<p><u>Design:</u> Es wurde eine retrospektive Querschnittstudie durchgeführt. Als Begründung wird angegeben, dass drei Abteilungen (Chirurgie, Medizin und Intensivstation) verglichen werden sollten.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Es wurden die Patientendokumentationen von Patienten erhoben, die an einem Stichtag 2004 im Spital hospitalisiert waren. Einschlusskriterien waren Alter 18 Jahre, mindestens 48 Stunden im Spital, in einer der Abteilungen in Behandlung.</p> <p>Eine Randomisierung der Daten wird nicht erwähnt. Die Studiengruppen beziehen sich auf die drei Abteilungen.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Es wurden verschiedene Datentypen erhoben. Krankengeschichte und körperliche Untersuchungsdaten wurden ausgewertet. Die Daten wurden einmal erhoben. Die Pflegedokumentation wird als teilweise unvollständig beschrieben.</p> <p><u>Messverfahren:</u> Ein Instrument aus der Literatur wird erwähnt, ohne es genau zu beschreiben. Der verantwortliche Forschende ist gleichzeitig der Fachverantwortliche der Fortbildung in diesem Spital.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Die erhobenen Datenniveaus waren nominal und ordinal intervallskaliert. Es wurde eine beschreibende Datenanalyse verwendet. Der Einsatz von Chi Quadratstest für die verwendete Daten ist möglicherweise nicht aussagekräftig (kann nicht auf relative Werte angewendet werden) und A-NOVA für die Daten ist bei dem Vergleich der drei Studiengruppen sinnvoll. Ein Signifikanzniveau wird nicht erwähnt.</p> <p><u>Ethik:</u> Es wird die Erlaubnis des hauseigenen Ethikkomitees erwähnt. Eine informelle Zustimmung der Patienten konnte bei retrospektiven Studiendesign nicht eingeholt werden. Es wird die Verwendung der patientenidentifizierenden Daten erwähnt und keine Aussage zur Anonymisierung gemacht.</p>	<p>Die Ergebnisse werden in Tabellen, Diagrammen und im Text beschrieben.</p> <p>Es wird erwähnt, dass Daten ohne signifikanten Unterschied weggelassen wurden.</p> <p>Die zentralen Ergebnisse der Studie sind folgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verordnete Pflegeinterventionen des implementierten Pflegeprozesses waren gesamt am seltensten, allerdings auf der Intensivstation ausgeprägter als bei den anderen Gruppen</li> <li>- Die körperliche Untersuchung und Krankengeschichten war in bei Aufnahme und während der täglichen Evaluation gleich. Die Untersuchung des kardiovaskularen Systems und der Mucosa wurden dabei vernachlässigt.</li> </ul>	<p>Die Forscher stellen fest, dass Defizite bei der Umsetzung des Pflegeprozesses bestehen und diese, die Ergebnisse aus anderen zuvor durchgeführten Studien bestätigen. Die durchgeführten klinischen Untersuchungen haben Lücken, oder wurden nicht von den Pflegenden durchgeführt. Die Anamnese sei auch unvollständig. Dies sei aber für die Diagnosestellung grundlegend. Die Fähigkeiten durch die Fortbildung seien unzureichend, aber für den Pflegeprozess unabdingbar. Es werden verschiedene Faktoren wie Bürokratie und mangelndes Wissen beschrieben und referenziert, ohne eine Verbindung zur aktuellen Studie zu präsentieren. Die Schlussfolgerung empfiehlt eine Verbesserung der Fortbildung und praktische Übung im Pflegeprozess. Es werden die Aussagen der Ergebnisse wiederholt.</p>

**Würdigung der Studie: Pokorski, S., Moraes, M. A., Chiarelli, R., Costanzi, A. P. & Rabelo, E. R. (2009). Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17 (3), 302–307. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300004>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Frage der Implementierung des Pflegeprozesses ist für die Profession der Pflege elementar.</p> <p>Der Vergleich mit Studien aus Europa und Nordamerika sind für die Situation aus Brasilien aber nicht vergleichbar.</p> <p>Die Forschungsfrage wird nie konkret gestellt.</p>	<p><u>Design:</u> Die Methode der Querschnittstudie ist als Beschreibung einer Situation geeignet. Die Interne und externe Validität werden nicht erwähnt. Die interne Validität ist durch den durchführenden Forscher, der gleichzeitig die Fortbildungsabteilung des Spitals leitet, gefährdet. Die Verwendung eines nicht näher beschriebenen Instrumentes gefährdet die externe Validität.</p> <p><u>Stichprobe:</u> die Stichprobe ist hinreichend gross für deine statistische Auswertung. Der Vergleich der drei Abteilungen weicht aber schon grundsätzlich ab. Es ist schwierig abzuleiten, wie der Pflegeprozess zueinander verglichen werden kann.</p> <p>Dropouts (unvollständige Pflegedokumentation) wird erwähnt aber nicht beurteilt.</p> <p>Datenerhebung: es werden verschiedenen Daten aus der Dokumentation ermittelt, ohne dass ein Augenmerk auf den Pflegeprozess erkennbar ist. Viele Daten drehen sich um die Diagnosestellung. Daten werden als 90% erhoben beschrieben</p> <p><u>Messverfahren:</u> keine Validation oder genaue Beschreibung eines Messinstrumentes beschrieben, deshalb in Daten nicht valide.</p> <p>Verzerrungen werden nur angedeutet und nicht erläutert.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> auch hier keine Beschreibung welche Daten wie ausgewertet wurden. Die Auswertung der prozentualen Darstellung in der Tabelle mit Chi Quadratstest nicht möglich. Es werden Daten als nicht signifikant erklärt und weggelassen.</p> <p>Die Datenniveaus können nur teilweise mit dem beschriebenen Verfahren ausgewertet werden.</p> <p>Das Signifikanzniveau ist nicht angegeben oder erläutert.</p> <p><u>Ethik:</u> Es wird eine Erlaubnis der Ethikkommission beschrieben, obwohl Daten den persönlichen Daten als zugeordnet beschrieben werden. Ein beschriebener Konsens aus den medizinischen Aufzeichnungen ist nicht nachvollziehbar.</p>	<p>Die Daten können bei der beschriebenen unvollständigen Datengrundlage nicht präzise sein. Die Tabellen sind in den Achsen teilweise nicht beschriftet. Sie ergänzen den Text kaum, vor allem sind keine Daten für die Behauptung, dass Pflegediagnosen fehlten vorhanden.</p>	<p>Die Ergebnisse werden ohne erkennbaren Zusammenhang im Diskussteil mit anderer Literatur verglichen.</p> <p>Die genutzten Vergleiche sind in der Übertragbarkeit auf diese Situation nicht hergeleitet.</p> <p>Obwohl hier drei Gruppen verglichen wurden, wird auf die Ergebnisse nicht eingegangen.</p> <p>Die Empfehlungen werden aus den Ergebnissen nicht hergeleitet.</p>

**Güte/ Evidenzlage:**

Die Güte der Studie ist äusserst schlecht. Es werden keine der Gütekriterien erreicht. Der Zusammenhang von der Fragestellung, Messung und das ermittelte Resultat ist eine Wiederholung anderer Studienergebnisse, ohne dass sie einen Zusammenhang zur aktuellen Studie erkennen lassen. Es ist in Beziehung auf ethische Betrachtungsweise sogar fragwürdig. Die Studie hat die Evidenzlage Stufe 1, es handelt sich um eine Originalstudie.



**Zusammenfassung der Studie: Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. Journal of Clinical Nursing, 16(10), 1826–1838. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01836.x>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Phänomen, das die Studie behandelt, ist wie sich die Dokumentation der Pflege bei der Einführung der standardisierten Sprache im Spital in Island ändert.</p> <p>Die Notwendigkeit des Wandels der Sprache wird durch rechtliche Vorschriften und dem Weiterkommen der Pflege als Profession begründet. Daten zur Pflegeforschung können nur so reliabel und aussagekräftig ermittelt werden.</p> <p>Die Grundlage sind hier der Pflegeprozess und dessen Dokumentation.</p> <p>Die Forschungsfrage wurde aufgeteilt, was waren die Unterschiede im:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pflegeassessment gemäss FHP</li> <li>2. Pflegediagnosen, Zeichen, Symptome und Ätiologien gemäss NANDA</li> <li>3. Erwartetes Outcome, im Form von Freitext</li> <li>4. Pflegemassnahmen gemäss NIC</li> <li>5. Pflegeevaluation gemäss Fortschrittsbemerkungen</li> </ol>	<p><u>Design:</u> Es wurde eine Prä- Post Test Studie durchgeführt. Damit sollten die Veränderungen der Dokumentation der Pflege durch die Einführung einer standardisierten Pflegesprache ermittelt werden.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Die Stichprobe wurde von stationären Abteilungen in LUV ermittelt. Dafür wurden die Pflegedokumentationen der beteiligten Abteilungen (51/53) an einem Tag im März 2002 (Prätest) und Januar 2004 (Posttest) von aufgenommen Patienten erfasst. Es wurden nur auf der Abteilung verfügbare Dokumente, keine archivierten erfasst. Ebenso waren Patienten die erst 48 Stunden aufgenommen waren, ausgeschlossen und es gab Patienten deren Unterlagen nicht vorlagen. Die Dokumentationen von stationären Patienten (355/349) wurden somit eingeschlossen. Eine Randomisierung wird nicht erwähnt. Es gab nur die Prä und Postinterventionsgruppen.</p> <p>Eine Taskforce steuerte die Vorbereitung und Durchführung der Studie und der Weiterbildungsintervention.</p> <p><u>Messverfahren:</u> Um die Daten aus der Dokumentation wurde ein Instrument entwickelt. Das Instrument wurde auf Kontentvalidität von 10 Pflegenden geprüft und nach kleinen Änderungen von diesen und Teilen des Forschungsteams als Datensammler genutzt. Die genutzten Exceltabellen liessen dabei nur den Eintrag der jeweiligen Datentypen zu. Ausserdem lag eine Hilfestellung in Form eines Handbuchs bzw. Erläuterungen an der Tabelle vor.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Es enthielt intervallskalierte, ordinal- und nominalskalierte Daten. Die Testverfahren waren Chi Quadrat Test, welcher zum Vergleich der Daten verwendet wurde. Unabhängige T-Test für die Altersmittelwerte, Wilcox Test für die Aufenthaltsdauer.</p> <p>Ein Signifikanzniveau von 0.05 wurde festgelegt.</p> <p><u>Ethik:</u> Die Genehmigung des Ethikkomitee des Spitals lag vor. Es wurden nur Pflegedokumentation verwendet, keine identifizierbaren Patientendaten. Ein informelles Einverständnis der Pflegenden wird nicht erwähnt.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden für die jeweilige Fragestellung einzeln im Ergebnisteil behandelt</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grössten Teil statistische Signifikanz der Veränderung in den FHP. Grossteil an Verbesserungen (Tabelle 2)</li> <li>2. Die Erstellung der NANDA Pflegediagnosen stieg, die Anzahl der Patienten ohne Diagnose sank. Die dokumentierten Zeichen und Symptome und Ätiologie steigerte sich ebenfalls signifikant. Es gab Veränderungen in den Top 10 der oft verwendeten Pflegediagnosen (Tabelle 3 und 4).</li> <li>3. Die Outcomes wurden nicht statistisch verglichen, nur prozentuale Angaben im Text.</li> <li>4. Es wird eine signifikante Steigerung der NIC beschrieben, aber gleichzeitig eingeräumt dass es 2002 keine Daten zur NIC gab. Es ist unklar wie der Zusammenhang hergestellt wird. Weiter wird ausgeführt dass Interventionen 2004 mit NANDA verknüpft waren, was sie 2002 nicht waren. Die Pflegeplanungen werden Prozentual als Steigerung erwähnt ohne statistische Beschreibungen. Das gilt ebenso für die erwähnte Senkung der Diskontinuität bei der Pflegediagnosen (Tabelle 5).</li> <li>5. Ist ohne Überschrift, Daten erwähnt ohne statistische Begründung.</li> </ol>	<p>Die Forschenden beschreiben, dass die Fortbildungsmassnahmen für die Pflegenden eine grosse Herausforderung waren, um möglichst viele der Pflegenden zu erreichen. Trotz der kommenden Herausforderungen (elektronische Dokumentation), diesem Zeit und Reifung zu ermöglichen, wird erwähnt und referenziert. Es wird beschrieben dass es unsicher ist, welche Massnahmen zu der Verbesserung geführt haben, es wird aber spekuliert, dass es die Fortbildung und das unerwartete Interesse der Pflegenden gewesen sein könnte.</p> <p>Die eingeführten standardisierten Pflegeplanungen wurden als Richtlinien Pflegeplanungen umbenannt, um die Notwendigkeit der Individualisierung sichtbar zu machen, als auch festzuhalten, dass diese in den meisten Fällen nicht evidenzbasiert waren. Das wäre eine Aufgabe für zukünftige Forschung.</p> <p>Die niedrigen Ergebnisse der Outcomedokumentation wird referenziert. Es wird beschrieben, dass das Erreichen der gesetzten Ziele nicht zwingend eine Verbesserung der Patientensituation noch der tatsächlichen Pflegequalität widerspiegelt. Durch eine standardisierte Sprache können Forscher ,Daten von Verbindung Massnahme und Diagnosen auswerten, dass Patienten Outcome bleibt aber schwierig zu ermitteln.</p> <p>Die Forscher beschreiben die standardisierte Pflegesprache als eine Voraussetzung der Verwendung von elektronischen Datensystemen (Dokumentation) Es wird referenziert, dass die Sprache hier die Pflege in Wirkung und Wahrnehmung verbessert.</p> <p>Die Erforschung von dokumentierter zu ausgeführter Pflege wird als</p>

			<p>weiteres Thema für weitere Studien erwähnt.</p> <p>Dass Pflegende, die eine ablehnende Haltung zur schriftlichen Dokumentation pflegen, wird auf die Tradition der mündlichen Berichterstattung zurückgeführt. Der Wandel muss durch die Pflegenden und deren Umfeld herbeigeführt werden. Der Pflegeprozess tägliche Praxis werden.</p> <p><b>Limitationen</b> der Studie werden erwähnt, wie die Veränderung durch die Stichprobe (Langzeitpatienten können Datenlage verfälschen) Es wurde keine Kontrollgruppe verwendet und die Retestrelabilität des Instrumentes nicht bestimmt.</p> <p><b>Schlussfolgerung</b> Die Pflegedokumentation konnte gesteigert werden und das Problem der Outcomemessung der Patienten im Pflegeprozess wurde erkannt. Es führt dazu, dass die Pflegearbeit von Struktur zum Prozess und jetzt zu einem Outcome führen sollte. Die Ergebnisse der Studie können für die Einführung einer elektronischen Dokumentation und zu weiterer Forschung genutzt werden.</p>
--	--	--	--

**Würdigung der Studie: Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. Journal of Clinical Nursing, 16(10), 1826–1838. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01836.x>**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Frage der Auswirkung der Verwendung der standardisierten Pflegesprache ist ein wichtiger Bestandteil der zukünftig geforderten elektronischen Dokumentation. Es führt sogar zur Verbesserung der Erkenntnisse, welche in der Pflege erreicht werden können.</p> <p>Die Forschungsfragen sind klar definiert, und wurden referenziert. Der Aufbau der Einführung ist logisch und nachvollziehbar</p>	<p><u>Design:</u> Es wurde eine PräPost Studie durchgeführt. Dies ist eine mögliche Studie um Einfluss von Interventionen zu überprüfen.</p> <p><u>Interne Validität:</u> Verwendung von Exceltabellen mit jeweiligen Skalenniveau, Auswerter und Ermittler der Daten unterschiedlich (reduziert Bias).</p> <p><u>Externe Validität:</u> Querschnitt an einem Tag (Schlaglicht) um Einfluss durch Übung zu reduzieren, Verwendung von Material auf Abteilung (bias) Wurden soweit gut kontrolliert.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Keine Poweranalyse erwähnt. Instrument wurde Vortest mit Anpassungen unterzogen. Stichproben repräsentativ für Zweck.</p> <p>Die Drops Outs werden beschrieben. Einfluss der Drop Outs wird nicht diskutiert. Die Auswahl der beteiligten Stationen wird nicht beschrieben, eine Randomisierung wird nicht beschrieben.</p> <p><u>Datenerhebung:</u> Die Datenerhebung wurde mit verschiedenen Datenskalen durchgeführt. Die Sammlung ist für eine Frage unvollständig, weil NIC 2002 noch nicht im System erfasst wurde. Die Methode war für alle gleich, sie wurde mit dem Instrument auf dem Laptop durchgeführt.</p> <p><u>Messverfahren:</u> Das Instrument wurde auf Validität geprüft aber nicht auf Retestreliaibilität. Die Auswahl ist Ergebnis der Taskforce und nachvollziehbar. Einflüsse auf die Messung sind als Limitationen erwähnt.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> die Verwendung der statistischen Tests für die Datenskalen sind sinnvoll. Das Signifikanzniveau wird beschrieben, nicht begründet. Teilweise wird im Ergebnis teil nicht bei allen Forschungsfragen eine statistische Auswertung angegeben.</p> <p><u>Ethik:</u> Die Genehmigung der Ethikkommission des Spitals wird beschrieben, eine informelle Zustimmung der Pflegenden und Patienten nicht.</p>	<p>Die Ergebnisse werden in Text und Tabellen dargestellt. Diese sind teilweise unvollständig. Nicht immer werden die Daten als statistisch ausgewertet beschrieben. Die Tabellen bieten einen tieferen Einblick in die Daten.</p>	<p>Die Ergebnisse werden mit aktueller Literatur verglichen und Abweichungen besprochen.</p> <p>Die Interpretationen der Ergebnisse sind nachvollziehbar.</p> <p>Es werden die Schwierigkeiten und Limitationen der Studie erwähnt, teils mit dem Verweis, dass diese nicht Ziel der Studie an sich gewesen seien, aber weitere Forschung nahelegen.</p> <p>Stärken und Schwächen werden erwähnt, aber nicht von den Autoren gegeneinander abgewogen.</p> <p>Die Studie ist in ähnlichem klinischem Setting möglich, die Autoren verweisen aber auf die fehlende Retestreliaibilität des verwendeten Instrumentes.</p>

**Güte/ Evidenzlage:** Die Güte der Studie ist gut.

**Objektivität:** Es wurden objektive Daten aus der Dokumentation verwendet (Vorhandensein, Verbindung,)

**Reliabilität:** Die Testreliaibilität wurde nicht geprüft. Es wurde allerdings ein Testlauf und Anpassungen vorgenommen

**Validität:** Die Validität ist gegeben, die Daten beziehen sich auf die Dokumentation nicht auf die Durchführung der Pflege im praktischen Sinne

**Evidenzlage:** Stufe 1 auf der Evidenzpyramide, es handelt sich um eine Originalstudie

**Zusammenfassung der Studie: Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Bürkle, T. (2014) Identifying Barriers for Implementation of Computer Based Nursing Documentation. Nursing Informatics 2014. Saranto et al. (Eds.). This article is published online with Open Access by IOS Press and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License. doi:10.3233/978-1-61499-415-2-94**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es geht, darum, dass der zyklische Pflegeprozess Assessment, Pflegediagnosen, gewünschte Ergebnisse, Pflegeinterventionen, Pflegeplanung, Evaluation und Pflege zurück zu den Wurzeln nach I.J. Orlando umfasst. Der Pflegeprozess wurde schon in den 90-3er Jahren von der American Nursing Association (ANA) standardisiert und gefördert für computerbasiertes Pflege-Informationssystem. Dies förderte die Entwicklung der Klassifikation der Pflegediagnosen (nach NANDA), Interventionen (NIC, ICNP) und Ergebnisse (NOC). Es ist bekannt, dass der Pflegeprozess nicht gut in der Praxis umgesetzt ist, und dass es zahlreiche organisatorische und nicht-organisatorische Probleme und Voraussetzungen hinsichtlich der Implementation.</p> <p>Die Pflege-Dokumentation zum Beispiel wurde nur zu 70% erstellt und zumeist auf wenige Stationen beschränkt. Das Universitätsklinikum EUH in Erlangen plante, computergestützte Pflege zu implementieren, die Dokumentationsqualität zu verbessern, verschiedene Papiere zu vereinheitlichen, Informationsquellen auf Basis von Informationen und Vergleich von Pflegediensten. Dies führte zum Design einer Umfrage unter deutschen Universitätskliniken zur Ermittlung von technischen und nichttechnischen Hindernissen für die potenzielle Einführung computergestützter Pflegedokumentation (Q1). Darüber hinaus wurde ein zweiter Fragebogen innerhalb der EUH-Krankenpflege an Mitarbeiter verteilt, um die Erwartungen und Ängste unserer eigenen Pflegefachleuten in Bezug auf computerbasierte Pflegedokumentation zu ermitteln (Q2). Wir wollten folgende Fragen beantworten:</p> <p>Q1: Welche Erfahrungen haben deutsche Universitätskliniken mit computerbasierter Pflegedokumentation gemacht? Q1.1 Wie wird die Pflegedokumentation realisiert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird nicht erwähnt um welches Forschungsdesign es sich handelt, noch wie die Auswahl begründet wurde.</li> <li>• Für mich ist nicht klar ersichtlich, wie viele und an wen die Fragebögen verteilt worden waren. Es wurde ein externer Fragebogen mit 10 Fragen für den CEO und einen weiteren mit 10 Fragen für den Pflegedirektor per E-Mail versandt. Der Fragebogen enthielt offene Fragen über den Stand des Pflege-Information-Systems-Implementierung und den Pflegedokumentationsprozess als geschlossene Fragestellung auf vermutete Umsetzungsbarrieren, realisierte Ziele der Implementierung und wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung. Ein papierbasierter interner Fragebogen wurde an alle vier Pflegekräfte in den Abteilungen für HNO, Neurologie, Chirurgie und Palliativmedizin verteilt. Fragebögen wurden an die Mitarbeiter verteilt und in jedem Fall durch eine geschlossene Box zurückgeschickt. Die Daten wurden einmal erhoben. Die Daten wurden mittels mit SPSS 15.0 analysiert.</li> <li>• Die methodologische Reflexion wird durch die Forschenden nicht diskutiert.</li> <li>• Die Strategien / Vorgehensweisen bei der Datenanalyse wurden nicht erwähnt. Es wird nur Stellung genommen, dass der interne Fragebogen mit einem Cronbach Alpha von 0,730 auf Zuverlässigkeit überprüft wurde, was die Anforderungen von Nunnally (&gt; .70) erfüllt.</li> <li>• Die Forscher nehmen keine Stellung zu Ethik, oder ethischen Fragestellungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Rücklaufquote für die externe Befragung Q1 betrug 11/23 (48%). Alle elf Krankenhäuser hatten computergestützte Pflege-Informationssysteme implementiert. In sechs Krankenhäusern dokumentieren die Pflegenden den Pflegeprozess digital. Die Umfrageergebnisse zeigen, dass zehn Krankenhäuser ein Pflege-Information-System verwenden, das in das Klinikum integriert ist. Nur ein Krankenhaus implementierte ein eigenständiges Pflege-Information-System, dessen spezielle Funktionalität nur Pflegenden nutzen können. Dort berichtet das IT-Management dieses andere System für medizinisches Personal führe zu Schwierigkeiten und doppelter Dokumentation.</li> <li>• Bei den IT-Direktoren wurden die am häufigsten genannten Hindernisse für die Implementierung der Mangel an Motivation für die Pflegeprozessdokumentation, unzureichende Technik für die Datenerhebung am Krankenbett und unklarer finanzieller Vorteil zu hohen Kosten genannt. Weitere Hindernisse waren mangelnde Flexibilität für Anpassungen und mangelndes Verständnis von Ärzten und ein Mangel an Schnittstellen zwischen der Intensivstation und den normalen Stationen.</li> <li>• Die wichtigsten Erfolgsfaktoren sind die Entwicklung einer einheitlichen Pflegeterminologie, eines multidisziplinären Projektteams und die Definition klarer Ziele. Zwei IT-Direktoren erwähnen, dass die Verantwortlichkeiten sehr klar und hoch sein müssen. Akzeptanz und Motivation der Pflegekräfte sind Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung.</li> <li>• Für die interne Befragung Q2 wurden 97 Fragebögen an das Pflegepersonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die meisten Kliniken haben ein Pflegedokumentationssystem, aber nur 55% haben die komplette Pflegeprozessmodelldokumentation eingesetzt. Die grössten Hürden, aus Sicht der IT sind die fehlende Motivation für die Pflegeprozessdokumentation, unzureichende Technologien für die Datenerhebung am Krankenbett, fehlende finanzielle Vorteile sowie enorme Kosten. Das Ziel die Pflegequalität zu verbessern und die Ressourcenplanung zu optimieren wurde grösstenteils nicht realisiert. Die Früherkennung von Problemen hilft dem IT- und Pflege-Management, die Ziele für das Implementierungsprojekt realistisch zu definieren. Darüber hinaus ist es möglich die Ängste des Pflegepersonals zu erkennen und zu reduzieren. In diesem Fall umfassten die resultierenden Konsequenzen ein umfassendes Schulungsprogramm für die Pflegenden sowie die Bewertung verschiedener Hardware-Geräte für die Dokumentation am Krankenbett. Die Diskrepanz zwischen installierter Software und dem vollständigen Pflegeprozess entspricht einem zu hohen Papier- und Zeitaufwand. Eine Literatur-Suche innerhalb der letzten fünf Jahre bringt nur 6 Publikationen, welche aus den skandinavischen Ländern stammen.</li> <li>• Wenn wir über Pflege-Informationssystem und das Pflegeprozessmodell sprechen, sollten wir klar unterscheiden zwischen dem einen und dem anderen. Es ist zu erwarten, dass Pflegedokumentationsmodule als Bestandteil des klinischen Informationssystems auch in zunehmendem Maße in Deutschland eingesetzt wird. Die positiven Auswirkungen solcher</li> </ul>

<p>Q1.2 Was sind die Haupthindernisse, Ziele und Voraussetzungen für die Implementierung von Pflege-Informationssystemen?</p> <p>Q2: Welche Erwartungen haben die Benutzer bezüglich der folgenden Themen:</p> <p>Q2.1: Wie ist die Einstellung und das Wissen bezüglich des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation?</p> <p>Q2.2: Sehen Pflegende die Notwendigkeit, die Pflegedokumentation zu ändern?</p> <p>Q2.3: Was sind die größten Hindernisse bei der Implementierung?</p>		<p>von vier Stationen verteilt, 65 Fragebögen (67%) wurden zurückgeschickt. Neunzig Prozent der Pflegenden haben ein "gutes" oder "sehr gutes" Wissen über den Pflegeprozess. Die meisten Pflegekräfte sind sich einig, dass der Pflegeprozess Vorteile für die Pflege hat. Fast alle sagten, dass der Pflegeprozess sowohl zu viel Papierarbeit als auch zu zeitaufwendig sei (Tabelle 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die zukünftigen Systembenutzer sehen die wichtigsten Hindernisse im Zeitmangel für die Dokumentation. Zudem werden technische Barrieren wie schlechte Softwareleistung, unzureichende Hardware und hohe Fehlerquoten des Pflegedokumentationssystems genannt.</li> <li>• Als persönliche Barrieren werden mangelnde Kenntnisse über Hard- und Software erwähnt.</li> </ul>	<p>dokumentationszentrierten Anwendungen sollten nicht überschätzt werden, wenn man Ziele wie verbessertes Benchmarking oder Ressourcenplanung berücksichtigt, die oft nicht erreicht wurden. Dies entspricht einer aktuellen Publikation, wie dies ein Dokumentationssystem der Intensivstation angibt.</p>
--	--	---	--

**Würdigung der Studie: Vollmer, A.-M., Prokosch, H.-U. & Bürkle, T. (2014) Identifying Barriers for Implementation of Computer Based Nursing Documentation. Nursing Informatics 2014. Saranto et al. (Eds.). This article is published online with Open Access by IOS Press and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License. doi:10.3233/978-1-61499-415-2-94**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege, nämlich</p> <p>, Schwierigkeiten sein können, um den Pflegeprozess in der Praxis anzuwenden.</p> <p>Die Beschreibung des Phänomens bzw. die bereits bekannte mangelnde Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis ist klar beschrieben und relevant für die Pflege.</p> <p>Das Ziel der Forschungsfragen ist explizit dargestellt.</p> <p>Die Forschungsfragen sind sehr klar formuliert.</p> <p>Das Thema wird mit vorhandener Literatur von I. J. Orlando, ANA, NANDA, NIC und NOC eingeführt.</p> <p>Über die Signifikanz der Arbeit wird nicht diskutiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design kann nicht hergestellt werden, da das Design nirgends beschrieben ist.</li> <li>Da kein Ansatz / Design beschrieben ist, kann auch die Stichprobenziehung nicht angebracht sein.</li> <li>Die Stichprobenziehung ist für mich nicht nachvollziehbar.</li> <li>Die Stichprobe kann nachvollziehbar auf eine grössere Population ausgeweitet werden.</li> <li>Die Stichprobengrösse ist für mich eher klein ausgefallen, es wird nicht weiter begründet.</li> <li>Die Teilnehmenden sind sehr kurz beschrieben, ebenso das Setting.</li> <li>Wenn der Fokus auf die IT-Branche gerichtet ist, sind die „Informanten“ sehr gut geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen, wird aus dem Fokus der Pflege geschaut, sind die Daten nicht ganz so gut geeignet.</li> <li>Es wird nicht beschrieben, wie die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen wahrnehmen.</li> <li>Es geht um die Hindernisse, die sich bei der Implementation des Pflegeprozesses zeigen. Dabei spielen institutionelle, berufliche und persönliche Faktoren eine Rolle.</li> <li>Es wird nur oberflächlich beschrieben, wie die Vorgehensweise bei der Datenerhebung vor sich geht.</li> <li>Die Datensättigung wird nicht diskutiert.</li> <li>Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird nicht diskutiert.</li> <li>Der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit wird nicht und der Standpunkt der Forschenden nur äusserst knapp dargestellt.</li> <li>Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird nicht beschrieben, es wird die verwendete Software erwähnt.</li> <li>Es wird erwähnt, dass der interne Fragebogen ein Cronbach Alpha von 0,73 erreicht, was die Anforderungen von Nunnally entspricht, und von einer bestimmten Güte zeugt.</li> <li>Die analytischen Schritte werden nicht beschrieben.</li> <li>Die Datenanalyse wird nicht präzise und glaubwürdig dargelegt.</li> <li>Es wird nichts über Ethik diskutiert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Ergebnisse wurden sicher gewissenhaft ermittelt, die Güte der Resultate wird nicht erwähnt.</li> <li>Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten.</li> <li>Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung, allerdings werden die Ergebnisse auf wenige treffende Punkte dargelegt.</li> <li>Die Konzeptualisierung der Forschenden stimmt mit den Daten überein, da aufgezeigt werden konnte, was hindernde Faktoren bei der Implementation von Pflege- Informations-System sein können.</li> <li>Einige Ergebnisse sind in Tabellen und Graphiken dargestellt.</li> <li>Tabelle 1 bildet für mich zu wenig die Ergebnisse ab. Tabelle 2 gibt einen guten Überblick über die Einstellungen des Pflegepersonals über den Pflegeprozess. Abbildung 1 zeigt einen guten Überblick über Objektive und Leistungen des Pflege-Informations-System. Abbildung 2 zeigt eine gute Darstellung der Hindernisse über die Implementation des Pflegeprozesses.</li> <li>Die Kategorien beleuchten und erklären das Phänomen als Ganzes, da sie die einzelnen Hindernisse aufzählen.</li> <li>Die Ergebnisse werden durch verschiedene Bereiche angeschaut.</li> <li>Es sind keine Kategorien vorhanden, es gibt nur interne und externe Fragebogen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Interpretation der Studie leistet einen Beitrag zum besseren verstehen, weshalb der Pflegeprozess nicht besser implementiert wird. Es wurden vor allem die technischen Hürden erwähnt, wie unzureichende Technologien für die Datenerhebung am Krankenbett, fehlende finanzielle Vorteile und enorme Kosten.</li> <li>Es wird erwähnt, dass es kaum neuere Studien zu diesem Thema gibt, und wenn, dass diese vor allem aus Skandinavien kommen.</li> <li>Die Bedeutung der Ergebnisse ist relevant, und das Pflegepersonal muss dringend im digitalen Umgang mit dem Pflegeprozess geschult werden.</li> <li>Es muss klar abgegrenzt werden, ob vom Pflegeprozessmodell oder über das Pflege-Informations-System gesprochen wird. Wie eine neuere Publikation zeigt, sollten Ziele, wie eine verbesserte Ressourcenplanung berücksichtigt werden, da diese oft nicht erreicht werden.</li> </ul>

**Güte/ Evidenzlage:**

- Confirmability:** Die Forschenden führten eine Prüfung der Pflegedokumentation durch, um zu ermitteln, wo die Dokumentation des Pflegeprozesses Lücken aufweist. Ebenso wurden die IT-Manager befragt, wie sie die Vollständigkeit der Pflegedokumentation erlebten. Von einem «Audit» im weitesten Sinne wurde nichts erwähnt.
- Dependability:** Es wird nicht erwähnt, ob sich das Forschungsteam die Datenerhebung und Datenanalyse regelmässig und zeitnah bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektierten. Es wird nicht erwähnt, ob die Datenanalyse und -ergebnisse von einem hochschulinternen und/oder externen Gremium überprüft wurden.
- Credibility:** Wie die Forschenden ihre Meinungen untereinander ausdiskutieren, wird nicht genannt.
- Transferability:** Die Ergebnisse werden mit je zwei Tabellen und Abbildungen angereichert. Die Resultate können für weitere Erforschung des Themas genutzt werden, sind aber nicht sehr klar abgebildet.

**Güte der Studie:** Es handelt sich um eine mittellässige Studie, welche mit ihren Ergebnissen dennoch einige wichtige Eckpunkte aufzeigt.

**Evidenzlage:** Es handelt sich um eine Originalstudie, es hat also die Evidenzstufe 1